

UNIVERSITE DE CLERMONT-FD
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1976

N° 3

THESE

POUR LE

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplome d'Etat)

Par

MERY Pierre

né le 7 décembre 1939
à St-SAUVES-D'AUVERGNE (63)

Présentée et soutenue publiquement le 6 janvier 1976

LES ANNEAUX DU BAS OESOPHAGE
PROBLEMES POSES PAR LEUR DIAGNOSTIC
ET LEUR TRAITEMENT
HYPOTHESES PATHOGENIQUES

Président : M. GAILLARD DE COLLOGNY, Professeur

Membres du Jury : M. BERGERON - Professeur
M. VIALLET - Professeur
M. VANNEUVILLE - Professeur

Copie

Express

29, rue des Chaussetiers - CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT-FD
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1976

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplome d'Etat)

Par

MERY Pierre

né le 7 décembre 1939
à St-SAUVES-D'AUVERGNE (63)

Présentée et soutenue publiquement le 6 janvier 1976

LES ANNEAUX DU BAS OESOPHAGE
PROBLEMES POSES PAR LEUR DIAGNOSTIC
ET LEUR TRAITEMENT
HYPOTHESES PATHOGENIQUES

Président : M. GAILLARD DE COLLOGNY, Professeur

Membres du Jury : M. BERGERON - Professeur
M. VIALLET - Professeur
M. VANNEUVILLE - Professeur

Copie

Express

29, rue des Chaussetiers - CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY



UNIVERSITE DE CLERMONT - Président : R. KOHLMULLER
Vice-Président : M. MALET
Secrétaire Générale : Mme CHOPART

FACULTE DE MEDECINE - Doyen : G. MEYNIEL
1° Vice-Doyen : P. LATAIX
2° Vice-Doyen : D. BOUCHER

Directeur Honoraire : M. MERLE

Professeurs Honoraires : MM. GERMAIN - PETIT - THOMAS - VAURS -
WILLEMIN-CLOG - BARRIER - ROUHER.

PROFESSEURS TITULAIRES ET PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. DASTUGUE Gaston	Biochimie médicale
TERRASSE Jean	Clinique Médicale B
THIEBLOT Louis	Physiologie
BAUDON Jacques	Clinique Obstétricale
LATAIX Pierre	Clinique Chirurgicale B.
BERGERON André	Pathologie médicale
COULET Maurice	Botanique et Microbiologie
GRAS Henri	Clinique Médicale A
JACQUEMET Louis	Technique Chirurgicale
MEYNIEL Gaston	Biophysique Médicale
MOLINA Claude	clinique Pneumo-Phtisiologique
VIALLET Pierre	Radiologie
TURCHINI Jean-Pascal	Histologie, Embryologie et Cytogénétique
POROT Maurice	Clinique Psychiatrique et Psychologie Médicale
REY Michel	Maladies Infectieuses et Maladies Tropicales
DELAGE Jacques	Anatomie Pathologique
JALLUT Henri	Séméiologie médicale
MERCIER Robert	Clinique Chirurgicale A
CHAMPEIX Jean	Médecine du travail et Médecine légale
Mlle RAMPON Simone	Thérapeutique
MM. ALFIERI Rinaldo	Mathématiques, Statistiques, Informatique Médicale
DUCHENE-MARULLAZ Pierre	Pharmacologie
CLUZEL Roger	Bactériologie et Hygiène
FOURRIER Paul	Pathologie Chirurgicale
JANNY Pierre	Clinique Neuro-chirurgicale
PIGNIDE Laurent	Médecine Interne
TOURNILHAC Michel	Clinique Neurologique
RAYNAUD Elie	Clinique Médicale Infantile
MENUT Georges	Pédiatrie Génétique Médicale
NEVEU Jean	Urologie
SOLE Pierre	Clinique Ophtalmologique
VANNEUVILLE	Anatomie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. VENRIES DE LAGUILLAUMIE	Anatomie Pathologique
BOURDEIX Georges	Chirurgie Générale
Mme MOINADE Simone	Médecine Interne
MM. MONTRIEUL Bernard	Neuro-Chirurgie
BOUCHER Daniel	Physiologie
GAILLARD DE COLLOGNY Louis	Oto-Rhino-Laryngologie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548618_0013

PROFESSEURS SANS CHAIRE (suite)

MM. GENTOU Claude	Biochimie
MALET Paul	Histologie, Embryologie et Cytogénétique
MARCHEIX Jean-Claude	Médecine Interne
GLANDDIER Gérard	Chirurgie Générale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BAGUET Jean-Claude	Thérapeutique Réanimation Médicale Rééducation fonctionnelle et hydrologie
CONSTANTIN Bernard	Anesthésiologie
PERI Georges	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
PLAGNE Robert	Cancérologie
ROZAN Raymond	Radiologie
BEYTOUT Daniel	Bactériologie, Virologie
BRUHAT Maurice	Gynécologie et Obstétrique
CHABANNES Jacques	Neuro-chirurgie
PLANCHE Roger	Psychiatrie d'Adultes
Mme LAVARENNE Jeannine	Pharmacologie
MM. TEINTURIER Pierre	Orthopédie, traumatologie, chirurgie plastique et reconstructive
BUSSIÈRE Jean-Louis	Rhumatologie
CATILINA Pierre	Médecine du travail
CHEMINAT Jean-Claude	Pneumo-phtisiologie
Mme FONCK Yvette	Anatomie Pathologique
MM. ALIX Bernard	Médecine Interne
COUDERT André	Psychiatrie d'Adultes
LAURAS Hubert	Chirurgie Générale
Mlle VEYRE Annie	Biophysique
M. VIALLET Jean-François	Radiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES

M. POURHADI Réza	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
------------------	--

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

M. MALPUECH Georges	Pédiatrie génétique médicale
Mme RIGAL Danielle	Ophthalmologie

Attaché Principal de la Faculté de Médecine : J. BOURSON
Conservateur de la Bibliothèque : M. ARCHIMBAUD

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de Thèses de Doctorat en Médecine doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation (Délibération du 6 juin 1956).

Je dédie cette thèse à la mémoire de ma tante Amélie

A ma FEMME,

*En témoignage de ma reconnaissance pour tous
les sacrifices qu'elle a consenti pour l'accom-
plissement de mes études et la réalisation de ce
travail.*

A mes enfants, BRUNO, MURIELLE et GHISLAINE,

A mes PARENTS,

A mes TANTES,

A mes BEAUX-PARENTS,

A toute ma FAMILLE,

A mes AMIS,

Avec toute mon affection et ma reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur GAILLARD DE COLLOGNY

(Oto-Rhino-Laryngologie)

Spécialiste des Hôpitaux

*Il nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

*Il a bien voulu nous accueillir comme
Interne en O.R.L.*

*Nous le remercions de la confiance
sans réserve qu'il nous a accordée d'emblée
et de l'amabilité avec laquelle il nous a
ouvert aussitôt son Service.*

*Nous avons été séduits par son dyna-
misme et sa compétence, la clarté de ses
indications, dictées avec une grande rigueur
intellectuelle.*

Puisse ce travail ne pas le décevoir.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur BERGERON
Professeur de Pathologie Médicale
Médecin des Hôpitaux
Officier des Palmes Académiques

Nous avons eu l'honneur de bénéficier de son enseignement universitaire. Il a bien voulu accepter de mettre à notre disposition pour cette thèse toutes les ressources de son service.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

Monsieur le Professeur VIALLET
Professeur d'électro-radiologie
Electro-radiologiste des Hôpitaux
Croix de Guerre 1939-1945
Officier des Palmes Académiques

Nous avons été séduits par le dynamisme avec lequel il sait communiquer ses vastes connaissances, son affabilité et sa profonde humanité.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur VANNEUVILLE
Professeur d'Anatomie
Chirurgien des Hôpitaux

Son amabilité n'a d'égale que la richesse de l'enseignement qu'il nous a apporté au cours de nos études.

Nous le remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé VIALLET Jean-François
Maître de Conférence Agrégé (Radiologie)

Nous avons toujours admiré sa gentillesse et sa grande compétence,

Qu'il soit assuré de notre profonde estime.

A Monsieur le Professeur PIGNIDE,

*Il nous a aimablement ouvert son service
et communiqué ses archives. Il nous a ainsi
permis de compléter ce travail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de nos plus vifs remerciements.*

A Monsieur le Docteur LAFAYE

Cette thèse est en grande partie le fruit de son travail et de ses recherches. Ses grandes connaissances et son immense dévouement nous ont apporté une aide inestimable pour mener à bien ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX,

Mademoiselle le Professeur RAMPON,
Monsieur le Professeur BOURDEIX,
Monsieur le Professeur MOLINA,
Monsieur le Professeur MEYNIEL,
Monsieur le Professeur PERI,
Monsieur le Professeur GRAS,
Monsieur le Professeur NEVEU,

*En remerciement pour ce qu'ils nous ont
appris.*

A Monsieur le Docteur FERMAUD,

*Sa compétence et son extrême gentillesse
ont été pour nous un secours précieux.*

A Monsieur le Professeur Agrégé TEINTURIER,

*Il s'est intéressé à nous pendant nos études
et nous a encouragés.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur VINOT,

Ses très grandes qualités humaines et professionnelles, jointes à une honnêteté intellectuelle rigoureuse, resteront toujours un exemple pour nous.

A Monsieur le Docteur SOUTEYRAND,

La richesse de son enseignement pratique nous a été précieuse pour l'apprentissage de l'exercice médical.

A Monsieur le Docteur BRUNEAUD,

Il nous a aidé à faire nos premiers pas en O.R.L.

Qu'il soit ici remercié.

A Madame le Docteur QUINTANA

A Monsieur TOURNIER

A Monsieur JARLOT

En gage de reconnaissance.

P L A N

- INTRODUCTION ET HISTORIQUE

- CHAPITRE I - NOS OBSERVATIONS

- CHAPITRE II - LA JONCTION OESOGASTRIQUE NORMALE ET ANORMALE

- CHAPITRE III - METHODES D'EXAMEN
 - , ÉTUDE RADIOLOGIQUE
 - , ÉTUDE ENDOSCOPIQUE
 - , ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 - , MANOMÉTRIE

- CHAPITRE IV - LES DIFFERENTS TYPES D'ANNEAU
 - , LE DIAPHRAGME MUQUEUX OESOPHAGIEN PUR
 - , L'ANNEAU MUQUEUX DE SCHATZKI
 - , LA STÉNOSE PEPTIQUE ANNULAIRE
 - , L'ANNEAU FIBROMUQUEUX SUR BRACHYESOPHAGE OU ENDOBACHYESOPHAGE
 - , LES ANNEAUX MUSCULAIRES
 - , DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : LES FAUX ANNEAUX

- CHAPITRE V - DISCUSSION PATHOGENIQUE

- CHAPITRE VI - TRAITEMENT

- CONCLUSION

- BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La notion de rétrécissements oesophagiens annulaires est restée associée pendant plusieurs décennies au seul diagnostic de diaphragmes oesophagiens muqueux congénitaux.

Ceux-ci sont exceptionnels, ne réalisant d'ailleurs que rarement des rétrécissements parfaitement circonférentiels et se présentant le plus souvent sous forme de faux ou de brides. Ils siègent presque exclusivement dans l'oesophage supérieur.

Il a fallu attendre TEMPLETON, en 1944, pour que soit décrit pour la première fois l'aspect radiologique de rétrécissement en anneau du bas oesophage, diaphragme mince troué d'un pertuis plus ou moins excentré, la lumière est de diamètre très variable. Cet aspect était d'ailleurs sans traduction clinique chez le premier malade exploré.

JUTRAS, LEVRIER et LONGTIN, puis JOHNSTONE et EVANS, apportèrent ensuite à l'appui de la première observation de TEMPLETON des constatations radiologiques analogues.

En 1953, SCHATZKI ET GARY, ainsi que INGELFINGER et KRAMER, observèrent des anomalies d'aspect identique. Mais ils complétaient le tableau par une note clinique importante, car plusieurs des sténoses annulaires constatées par eux, n'avaient été découvertes qu'à l'occasion d'accès dysphagiques imposant des examens complémentaires.

On passait donc ainsi de la notion de diaphragme annulaire du bas oesophage, souvent peu fermé, asymptomatique, découvert par le hasard et représentant donc une simple curiosité radiologique, à celle de maladie génératrice à la longue de symptômes - au premier rang desquels la dysphagie - sans doute évolutive, et imposant très probablement un traitement.

Une telle hypothèse ne pouvait être accueillie sans réticences, et il s'ensuivit une longue période où l'idée d'anneaux oesophagiens inférieurs générateurs de troubles fonctionnels fut constamment battue en brèche, ainsi d'ailleurs que l'existence même de telles formations.

Le courant s'est inversé à nouveau depuis quelques années, car de nombreuses observations concordantes sont venues témoigner de la réalité et de la fréquence de ces lésions.

Il a été progressivement reconnu qu'une technique radiologique très précise s'avérerait indispensable si l'on voulait les mettre en évidence, car elles échappaient souvent aux explorations usuelles.

Enfin, la généralisation de l'endoscopie digestive, assez rarement utilisée autrefois, maintenant technique de routine, a permis de découvrir de nombreuses strictions annulaires, plus ou moins serrées, qui seraient autrement passées inaperçues et de rectifier des erreurs de diagnostic radiologique (confusion entre un diaphragme et un défilé créé par l'utilisation d'une technique mal adaptée).

L'existence de diaphragmes oesophagiens inférieurs est donc reconnue à présent par tous. Bien mieux, on a appris à distinguer les principales étiologies responsables de tels aspects, et les caractères anatomiques distinctifs des lésions correspondantes. Cela a permis d'établir des classements dont le type moyen est le suivant :

- Diaphragme muqueux surplombant une petite hernie hiatale : c'est l'anneau de Schatzki, dont la pathogénie exacte ne peut être affirmée.
- Diaphragme muqueux créé par une sténose peptique annulaire.
- Anneau musculaire.
- Strictures annulaires d'origine divers (rarissimes).

Toutes ces lésions, selon l'intensité de la striction qu'elles créent, peuvent être asymptomatiques (et leur découverte sera alors le fait du hasard) ou dysphagiantes.

L'apparition chez un adulte d'une dysphagie souvent basse, isolée ou dominant un contexte fonctionnel assez discret, conduira donc à évoquer, en plus des étiologies classiques, la possibilité de strictions annulaires qu'il faudra parfois s'attacher à faire ressortir.

Nous avons entrepris ce travail pour exprimer les points de vue auquel nous a conduit l'analyse de nos observations.

Tout d'abord, il nous semble que la définition de diaphragme oesophagien inférieur, ne correspond exactement qu'aux diaphragmes muqueux, à l'exception de ceux congénitaux, dont le siège et les caractéristiques anatomo-pathologiques sont différents.

Les anneaux musculaires, ainsi que ceux relevant d'autres étiologies diverses ne réalisent pas de vrais diaphragmes.

Notre étude portera donc essentiellement sur les "anneaux de Schatzki" et les sténoses peptiques annulaires ; elle tentera essentiellement d'établir s'il n'est pas possible d'admettre pour ces deux tableaux théoriquement distincts des pathogénies voisines, voire une pathogénie unique.

Enfin, nous essaierons de démontrer que parmi les thérapeutiques des diaphragmes devenus sténosants, la chirurgie n'est pas toujours le traitement de choix, contrairement à l'opinion actuellement la plus répandue en France, et que les méthodes endoscopiques doivent garder une très large place, ce que pensent d'ailleurs les américains, dont l'opinion a un poids certain, puisque les premiers, ils ont identifié et décrit les sténoses annulaires oesophagiennes basses.

CHAPITRE I

NOS OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION :

Madame MAN... Marguerite, âgée de 62 ans, est hospitalisée en juin 1974 dans le service de Gastro-entérologie de l'Hôtel-Dieu (Professeur BERGERON), pour une dysphagie basse intense, devenue permanente et ayant entraîné une chute pondérale importante.

- Histoire de la maladie : le début de la symptomatologie oesophagienne remonte à l'adolescence : il s'agissait alors de légère gêne après la déglutition à type de sensations d'accrochage retro-sternales basses. Parfois même seraient survenues quelques régurgitations.

Tout au long de ses trois grossesses, la patiente a souffert de vomissements très fréquents.

En 1964, à la suite d'un choc émotif, apparaissent des épisodes intermittents de dysphagie basse très importante qui firent évoquer d'abord des spasmes oesophgiens. Ces épisodes s'accompagnaient de pyrosis et de pituite matinale. Le bilan digestif alors effectué constate également l'existence d'une constipation opiniâtre avec météorisme abdominal. Le syndrome digestif est d'abord catalogué dyspepsie hypersthénique, mais dès cette période une opacification oesophagienne barytée aurait révélé une hernie hiatale.

Ensuite, la dysphagie évolue de façon capricieuse mais progressive dans l'ensemble : les accès deviennent de plus en plus fréquents et au cours de certains d'entre eux la dysphagie devient complète. Il faut noter le rôle joué par les contrariétés dans le déclenchement des crises. La même année, la malade est vue par nous et un bilan radiologique met en évidence une hernie hiatale, surmontée d'un anneau de striction, l'allure de l'ensemble faisant suspecter le diagnostic d'anneau de Schatzki. Les diverses thérapeutiques alors entreprises (règles d'hygiène diététique, prise d'anti-spasmodiques, tranquillisants, mucilages), restent à peu près inopérantes, mais la malade s'accommode tant bien que mal de sa gêne.

A partir de 1973, la dysphagie devient quasi constante, touchant non seulement les solides et les aliments pâteux, mais aussi les liquides et s'accompagnant de régurgitations de plus en plus fréquentes.

En juin 1974, la déglutition est très difficile, avec des périodes plus ou moins longues au cours desquelles aucune nourriture, qu'elle soit solide ou liquide, ne peut être absorbée. Il s'ensuit une chute pondérale de 4 kilos en un mois. Le Pr BERGERON décide alors l'hospitalisation de la malade au service DUPRAT où elle sera alors suivie conjointement par le service de gastro-entérologie et la clinique O.R.L.

- Hospitalisation : La patiente était obèse, 73 kgs pour 1,52 m. Elle présentait par ailleurs une hypertension bien contrôlée ainsi qu'une hyperuricémie modérée. Les examens para-cliniques sont normaux ; en particulier il n'y a pas d'anémie. Le transit baryté oesogastrique retrouve la hernie hiatale avec l'anneau de striction sus-jacent.

Le 2 juillet 1974, on effectue une fibroscopie (Dr FERMAUD) : à 34 cm des arcades dentaires, présence d'un rétrécissement progressif dont le pertuis terminal semble de diamètre inférieur à 8 mm. Important reflux de liquide gastrique qui jaillit en "geyser". La partie sus-sténotique, seule explorée, est le siège d'une importante oesophagite, avec plages nacrées et par endroits suintements sanglants. La fragilité de la muqueuse contre-indique une biopsie.

Une oesophagoscopie est ensuite pratiquée (Dr LAFAYE), dans le but de vérifier la possibilité de dilatation : cet examen confirme les données de la fibroscopie : il montre un entonnoir dont la muqueuse est très inflammatoire, recouverte de fausses membranes et se terminant à 14 cm au-dessous de la bouche oesophagienne par un pertuis de 6 mm de diamètre. Ce pertuis permet le passage d'une bougie en gomme n° 21 puis n° 24.

Devant ce tableau, on décide d'associer un traitement médical (pansements oesophagiens, antispasmodiques, désinfiltrants, anti-sécrétoires), à un traitement mécanique : dilatations oesophagiennes par sondes à mercure. Ces sondes sont laissées en place 30 mn. Les séances d'abord hebdomadaires sont ensuite espacées en fonction des résultats obtenus, mais maintenues assez longtemps, à un intervalle maximum de 15 jours.

Ce traitement a entraîné une amélioration fonctionnelle extrêmement importante, la déglutition redevenant normale, aux dires de la malade, et toute la symptomatologie d'accompagnement disparaissant avec la dysphagie.

Un contrôle fibroscopique est pratiqué le 31 octobre 1974 (Dr FERMAUD) : sténose annulaire à 34 cm des arcades dentaires, dont le diamètre est d'environ 11 à 12 mm. Cette sténose ne permet toujours pas le passage du fibroscope G 74 - 100, mais il existe une très nette amélioration. Les signes inflammatoires ont disparu, et on note seulement une muqueuse quelque peu scléreuse, juste en amont de la sténose.

Des prélèvements sont effectués en amont et en aval de l'anneau de striction.

a) en aval : muqueuse glandulaire gastrique en métaplasie entéroïde. Entre les tubes, existe un infiltrat inflammatoire et un oedème important. On note également une fibrose interstitielle du collagène.

b) en amont : muqueuse oesophagienne paramalpighienne hyperplasique, mais non kératinisée.

- RESUME : Cette observation concerne une femme de 63 ans présentant depuis l'adolescence une dysphagie qui s'est aggravée progressivement, et surtout récemment, jusqu'à devenir parfois complète. Les radiographies pratiquées ont révélé une hernie hiatale surmontée d'un anneau de striction. La biopsie de cet anneau a montré qu'il était recouvert de muqueuse gastrique en aval et de muqueuse oesophagienne en amont. Les dilatations par sonde à mercure, ont apporté une amélioration très importante et durable du tableau clinique.

DEUXIÈME OBSERVATION :

Madame GAR... Juana, âgée de 27 ans, est hospitalisée en 1974 dans le service d'O.R.L. (Pr GAILLARD de COLLOGNY) pour des épisodes de dysphagie modérée.

- Histoire de la maladie : la malade présente depuis l'âge de 8 ans une gêne épisodique retrosternale après la déglutition. Celle-ci augmente progressivement au cours des années en restant intermittente et discrète et c'est seulement à l'occasion d'une poussée dysphagique accentuée que la malade consulte enfin.

L'interrogatoire retrouve un pyrosis modéré, mais pas de régurgitations. On remarque qu'il existait un petit retard staturo-pondéral.

- Hospitalisation : l'état général est médiocre, avec amaigrissement sensible.

Un examen radiologique oesophagien, effectué en ville, montre un défilé rétréci et régulier du bas oesophage. Les régions sus et sous-jacentes apparaissent radiologiquement normales, tant au point de vue calibre que de l'imprégnation en produit opaque. L'étude soigneuse de la jonction cardio-oesophagienne met en évidence une hernie hiatale qui n'apparaît qu'en position couchée ou avec une compression abdominale. En procubitus le cardia est en position sous-diaphragmatique, tandis qu'en décubitus, il se situe nettement au-dessus du diaphragme.

L'examen endoscopique effectué à l'entrée (Dr LAFAYE), montre une bouche oesophagienne normale, ainsi que la muqueuse sur les 10 premiers centimètres. A 27 cm des arcades dentaires, soit à 13 cm au-dessous de la bouche oesophagienne, la muqueuse prend un aspect d'oesophagite, à peine inflammatoire, dû à la sténose. A 31,5 cm des arcades dentaires et à 17,5 cm de la bouche oesophagienne, l'endoscope bute sur un mince diaphragme qui n'est pas totalement annulaire, mais en forme de croissant à concavité postérieure et cornes antérieurs falci-formes. Ce diaphragme laisse un pertuis de 6 mm de diamètre.

Une biopsie est alors pratiquée à cet endroit au-dessous du diaphragme : revêtement de type gastrique avec muqueuse cylindrique à cellules claires à cytoplasme avec gouttelettes de mucus, sans métaplasie. Le chorion présente une infiltration leucocytaire polymorphe. On ne note aucun signe de malignité. La sténose est du type peptique.

Une nouvelle exploration radiologique est alors demandée par nous selon les critères précis exposés par ailleurs dans cette thèse (lumière du tube digestif dilaté au-delà de la limite d'expansion possible de l'anneau contrôlé en radiocinéma, clichés en position debout, en procubitus O.A.D. et Trendelenburg). On voit alors se dessiner à 7 cm au-dessus du cardia, le diaphragme mince passé antérieurement inaperçu, parce que seul son bord supérieur avait été souligné par le procubitus de contraste lors du premier examen.

- Thérapeutique : En accord avec les chirurgiens thoraciques il est décidé de se limiter à des dilatations associées à un traitement médical. Ce dernier comporte des antispasmodiques, des pansements digestifs, ainsi qu'un régime alimentaire. On complète enfin ce traitement par une série de dilatations par sondes à mercure, en commençant par une 7 mm on arrive très vite à la sonde n° 10, mais bien avant la symptomatologie était déjà très améliorée.

Des contrôles radiologiques et endoscopiques, en suivant l'évolution ont permis de constater le parallélisme de l'amélioration dans tous les domaines.

- Discussion : Ce type de lésion, de par sa topographie, sa nature histologique, son association à une mal-position cardiotubérositaire, évoque en premier lieu une sténose peptique sur endobrachyoesophage.

Le diaphragme muqueux congénital est à éliminer en raison de la présence d'un reflux et du type histologique de la lésion.

L'anneau musculaire, exceptionnel, ne peut être retenu. Certes, il se situe en plein oesophage, mais le bas oesophage est alors normal. Il ne se voit pratiquement que chez l'enfant, est variable aux différents temps d'un même examen, et peut même disparaître complètement.

L'anneau de Schatzki doit être également éliminé (plus mince, plus bas situé, coiffant une petite hernie hiatale et en principe asymptomatique).

L'endobrachyoesophage est la seule entité anatomoclinique qui puisse être retenue : le cardia est en place, mais du fait d'une malformation du bas oesophage (une hernie hiatale le plus souvent) le reflux acide attaque la muqueuse oesophagienne, et la muqueuse gastrique glandulaire au pouvoir de régénération considérable réépithialise de bas en haut l'oesophage, remplaçant la muqueuse malpighienne détruite. La sténose peptique développée au contact des deux muqueuses est ici une pathologie de jonction.

- Résumé : Il s'agit d'une femme de 27 ans, présentant depuis l'enfance une dysphagie évoluant par poussées, mais restant modérée. Un premier examen radiologique a semblé mettre en évidence un défilé du tiers inférieur de l'oesophage. L'endoscopie rectifie le diagnostic en révélant une sténose annulaire située à 13 cm au-dessous de la bouche oesophagienne, et de nouveaux clichés radiologiques demandés selon des critères précis ont mis en évidence cet anneau.

L'histologie a démontré que la sténose était née à la jonction des revêtements muqueux du type oesophagien et gastrique et qu'il s'agissait donc sans doute d'une sténose peptique greffée au pôle supérieur d'un endobrachyoesophage.

TROISIÈME OBSERVATION :

Madame DUF... Emma , 51 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand en mars 1971, pour une dysphagie récente, devenue très rapidement intense.

- Histoire de la maladie : Les antécédents sont marqués par une tuberculose pulmonaire qui a nécessité en 1956 une hospitalisation de 4 mois, suivie de traitement à domicile (P.A.S., Rimifon, Streptomycine, Cyclosérine ont été employés). A la date de l'hospitalisation, un contrôle vient d'être effectué : aucun signe évolutif n'est révélé sur le plan pulmonaire ; l'examen de crachats est négatif.

Les troubles actuels ont débuté voici 3 mois et demi environ : dysphagie d'abord intermittente, discrète ; simple sensation d'accrochage du bol alimentaire ; puis gêne retroxiphodienne accusée à la déglutition des solides. Enfin, épisodes de blocage : l'aliment ne passe pas et la malade le rejette, après un temps variable, dans un effort de régurgitation.

Peu après la dysphagie est apparu un syndrome postural discret. Depuis 15 jours, le tableau s'est brutalement aggravé : la dysphagie est devenue permanente, puis subtotale, n'admettant qu'imparfaitement même les liquides. Toute tentative d'alimentation est aussitôt suivie de régurgitations. Celles-ci sont progressivement remplacées par des vomissements post-prandiaux précoces, qui évoquent la constitution d'une poche sus-stricturale.

- Hospitalisation : L'examen montre un état général relativement bien conservé. Il n'existe pas d'ictère. L'abdomen est souple. Il n'existe pas de signes hépatobiliaires. La découverte d'une pigmentation brunâtre aux plis de flexion palmaire et la constatation d'une hypertension modérée, font suspecter une maladie d'Addison, que confirme le bilan biologique. Le transit oesogastroduodenal ne montre aucune anomalie au niveau du corps et du fond de l'estomac ni du duodénum. Par contre, il révèle une sténose serrée du bas oesophage : la lumière digestive présente à ce niveau une zone de striction annulaire permanente, ne réagissant pas aux modificateurs du comportement et semblant correspondre à un diaphragme de faible épaisseur (3 à 4 mm), qui ne laisse filtrer la baryte que par un pertuis minime.

L'oesophage sus-strictural est le siège d'une dilatation importante.

L'aspect radiologique du segment sous-strictural semble correspondre à celui d'une hernie hiatale.

L'oesophagoscopie confirme les données radiologiques : l'examen est gêné par des débris alimentaires flottant dans un liquide de stase. Une fois celui-ci aspiré, on constate l'existence d'un petit reflux gastro-oesophagien.

La muqueuse est le siège d'une oesophagite modérée. Le tube bute à 34 cm des arcades dentaires sur un diaphragme souple, qui semble

fermer presque complètement la lumière oesophagienne. On distingue un pertuis excentré vers la droite, large à peine de quelques millimètres.

Un prélèvement anatomopathologique est effectué sur ce diaphragme "Muqueuse oesophagienne malpighienne, avec lésions d'oesophagite sub-aigüe".

L'ensemble de ces éléments fait porter le diagnostic d'anneau de Schatzki. On décide d'intervenir après un traitement de réanimation préopératoire.

- Intervention Chirurgicale : (Pr MERCIER) : Thoracotomie gauche par le 7^{ème} espace intercostal. Après libération du ligament triangulaire du poumon, on aborde l'oesophage inférieur que l'on suspend sur deux lacs : il existe une petite hernie hiatale. On achève la libération vers le bas en pratiquant une phrénotomie antérolatérale de 5 cm, respectant le phrénique. L'oesophage et la jonction oesogastrique sont souples. Leur aspect extérieur est normal. Une oesophagotomie longitudinale poursuivie à la face antérieure de l'estomac, met en évidence, au niveau de la jonction oesogastrique, un diaphragme muqueux, circulaire, mince (4 mm), percé d'un orifice excentré en arrière et à droite, large de 2 à 3 mm tout au plus. La paroi de l'oesophage n'est pas épaissie. La muqueuse est peu altérée, on résèque l'anneau. On referme l'oesogastrotomie longitudinale par une suture transversale en deux plans, qui augmente considérablement le calibre de l'oesophage. L'anastomose est rendue continente par l'artifice de LORTAT-JACOB et FEKETE.

Une vagotomie complémentaire est effectuée, associée à une pyloroplastie en monoplan extramuqueuse, pratiquée par une courte incision médiane sus-ombilicale. Fermeture en 3 plans sur drains médiastinal postérieur et pleuraux. Les suites opératoires sont simples : la malade s'alimente normalement 15 jours après l'intervention.

L'examen anatomopathologique de la pièce montre, sur une face de l'anneau, une muqueuse oesophagienne de morphologie normale et sur l'autre une muqueuse de type gastrique avec de nombreux éléments glandulaires.

Immédiatement au-dessous des deux muqueuses, des fibres musculaires lisses, semblent correspondre à une muscularis mucosae. Le centre de l'anneau est occupé par une trame conjonctive assez lâche, avec un réseau artériolaire et veineux et quelques lymphatiques. En un point de la paroi, on note une masse fibro-scléreuse étoilée correspondant apparemment à un petit ulcère développé à la jonction des deux muqueuses au bord libre de la striction annulaire. Il semble donc s'agir d'une sténose peptique annulaire et non d'un anneau de Schatzki typique.

Il est à noter enfin, que la suite de l'évolution a été défavorable, avec réapparition d'un reflux et nouvelle évolution sténotique actuellement contrôlée de manière satisfaisante par des dilations à la sonde à mercure.

- Résumé : Il s'agit d'une femme de 51 ans, hospitalisée pour dysphagie récente devenue rapidement intense. Les examens complémentaires ont permis de mettre en évidence une formation annulaire du bas oesophage. L'indication opératoire a alors été posée devant l'intensité de la dysphagie. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a permis de conclure à une sténose annulaire peptique.

QUATRIÈME OBSERVATION :

Monsieur AGI... René, âgé de 47 ans est hospitalisé le 25 mai 1974, pour un malaise sur la voie publique avec vertiges et vomissements (service du Pr BERGERON).

- Histoire de la maladie : Cet homme de 47 ans, antérieurement en bonne santé apparente, a été pris, alors qu'il se rendait à son travail, d'un malaise soudain avec sensation de faiblesse intense, vertiges, vomissements alimentaires puis bilieux. Dans les antécédents lointains, on relève une tuberculose pulmonaire droite en 1948 et gauche en 1967, ainsi qu'un traumatisme crânien sans perte de connaissance en 1973.

- Hospitalisation : L'examen clinique révèle une hépatomégalie modérée et un sub ictère conjonctival. Les examens biologiques pratiqués sont d'ailleurs en faveur d'une intoxication éthylique modérée. On note un amaigrissement de 5 kilos en 6 mois.

Un transit baryté oesogastroduodénal est alors demandé : sur un des clichés, on observe un petit cône d'attraction au niveau du cardia. Les clichés centrés sur le bas oesophage montrent une image rappelant un anneau de Schatzki, avec au-dessus, de petites encoches pariétales de l'oesophage. Il est probable qu'il existe une petite hernie hiatale. La région antrale est souple, le bulbe est sans particularité. Une fibroscopie est alors effectuée le 12 juin 1974, (Dr FERMAUD) par fibroscope Olympus GIF D2 : Difficulté d'introduction du fibroscope au niveau de l'hypopharynx. Pénétration facile ensuite jusqu'à D2. Le duodénum et l'estomac ne présentent pas d'anomalies. En retirant le fibroscope, on met en évidence une petite hernie hiatale surmontée à son sommet d'un anneau blanchâtre peri-orificiel, fixe, qui semble correspondre à l'anneau de type Schatzki vu sur le T.G.D. La jonction apparente des deux muqueuses oesophagienne et gastrique s'effectue au niveau de son bord libre. Les contractions oesophagiennes franches, bien visibles, sont bien vues et viennent buter sur cet anneau. C'est sans doute cet élément, légèrement hyperkinétique qui est responsable des indentations sus stricturales visibles à la radio. Le reste de l'oesophage est normal.

Une fibroscopie de contrôle effectuée le 28.11.1974, permet des prélèvements biopsiques sur les deux faces de l'anneau et au niveau de son bord libre. On en profite pour bien préciser certains points.

Ainsi, il existe un petit reflux gastro-oesophagien ; il n'y a par contre aucun signe d'oesophagite d'amoeb. L'anneau est bien visible lorsque le bas oesophage est distendu, soit sous l'effet de contractions, soit sous l'effet de l'insufflation. Aucune anomalie organique n'est retrouvée au niveau de l'estomac ou du duodénum. Cependant, le pylore n'a été franchi que difficilement.

Au total, on retrouve cette formation annulaire ayant l'aspect endoscopique d'un anneau de Schatzki, surmontant une petite hernie hiatale.

A l'anatomopathologie, (Dr de LAGUILLAUMIE),

a) les prélèvements faits au-dessous de l'anneau, montrent une muqueuse gastrique de type fundique, à peu près normale. Elle présente en surface un discret oedème. On voit aussi quelques minuscules infiltrats lymphoïdes.

b) les prélèvements faits à la jonction des muqueuses (bord libre de l'anneau) répondent à un épithélium malpighien présentant une très discrète parakératose. En profondeur, on trouve un chorion avec des glandes cardiales.

c) les prélèvements faits au-dessus de l'anneau montrent une muqueuse oesophagienne normale.

La cytologie oesophagienne est d'aspect sub-normal.

- Résumé : Il s'agit d'un malade de 47 ans, entré pour un malaise et chez lequel on découvre au cours du bilan systématique, un anneau de Schatzki, confirmé endoscopiquement et histologiquement, et qui est resté jusque là cliniquement muet.

CINQUIÈME OBSERVATION :

Monsieur THO... Ernest, âgé de 61 ans, est adressé en gastroentérologie (Pr BERGERON) pour hématemèses le 2 janvier 1975.

- Histoire de la maladie : Le patient est un éthylique avéré (plusieurs apéritifs et 1 litre,5, de vin par jour avoués). Depuis 1946, le malade souffre de douleurs épigastriques accompagnées de nausées apparaissant immédiatement après les repas, ou même pendant les repas. Les douleurs évoluent par crise durant 3 à 4 jours. Les crises sont espacées de 8 jours à 1 mois. La dernière crise remonte à décembre 1974, accompagnée d'asthénie et d'anorexie.

- Hospitalisation : il y aurait eu un amaigrissement de 4 à 5 kilos en 1 mois environ. Depuis peu sont apparues des papules érythémateuses, prurigineuses, disséminées sur tout le corps.

Le 31 décembre 1974, surviennent des vomissements alimentaires abondants, striés de sang, qui se poursuivent jusqu'au lendemain matin et s'accompagnent de douleurs épigastriques continues à type de brûlure, ainsi que de sueurs abondantes.

Dans la journée du 1.1.1975, la symptomatologie s'estompe pour réapparaître toutefois à chaque essai d'alimentation. Les selles sont noirâtres, les urines foncées.

L'examen clinique montre un sub-ictère conjonctival ; l'abdomen est souple. La palpation constate un débord hépatique de 3 doigts et au creux épigastrique, réveille une douleur de même type que la douleur spontanée, gênant l'inspiration profonde.

Une fibroscopie est effectuée le 3.1.1975 (Dr FERMAUD) par fibroscope Olympus GIF D2 : introduction aisée de l'axoscope. Au niveau du tiers inférieur de l'oesophage, on aperçoit sur la face postérieure une toute petite lésion allongée verticalement, un peu saillante, un peu hémorragique, paraissant post-traumatique ! L'oesophage est souple, hyperkinétique, il n'existe pas de varices oesophagiennes. On constate l'existence d'une petite hernie hiatale, surmontée d'une striction annulaire correspondant très vraisemblablement à un anneau de Schatzki ; mais l'état du malade empêche de prolonger l'exploration.

Sur l'estomac, la muqueuse présente des reliefs rougeâtres, mûriformes, hémorragiques, avec larges plages pétéchiales. Il existe par ailleurs, au niveau de la portion verticale, un aspect de gastrite atrophique très nette, avec réseau vasculaire sous-muqueux.

Au total : petite lésion saignotante du tiers inférieur de l'oesophage. Petite hernie hiatale surmontée très vraisemblablement d'un anneau de Schatzki. Muqueuse gastrique hémorragique à la face antérieure sous cardiale. Gastrite atrophique, surtout du fundus.

Une cholangiographie ne montre aucune anomalie des voies biliaires.

Le 6.1.1975, on pratique un transit oeso-gastro-duodenal : les radiographies centrées sur l'oesophage ne montrent pas d'anomalie morphologique évidente du tiers inférieur de l'oesophage thoracique, dont les parois sont régulières (ainsi que le plissement muqueux). Toutefois, sur un des clichés, on peut voir un petit rétrécissement annulaire semblant correspondre à l'anneau de Schatzki vu en fibroscopie. Au niveau de l'estomac, les plis sont peut-être un peu hypertrophiés, mais il n'y a pas d'image manifeste de lésion organique.

Le 13.1.1975, nouvelle fibroscopie avant la sortie du malade (Dr FERMAUD) par Olympus GIF D2 : introduction aisée de l'axoscope. Petite hernie hiatale surmontée d'un anneau de Schatzki, macroscopiquement évident, avec jonction des deux aspects muqueux, oesophagien et gastrique, au bord libre de l'anneau. Absence d'oesophagite involutive d'amont, mais nombreuses plaques de para-kératose. Gastrite catarrhale très hémorragique, sans lésion organique. Au total : la lésion du tiers inférieur de l'oesophage, initialement constatée a disparu. Anneau de Schatzki sur petite hernie hiatale sans oesophagite. Gastrite catarrhale

d'ensemble, avec muqueuse très hémorragique.



1. Bord libre de l'anneau.

- Résumé : Il s'agit d'un malade de 60 ans, entré pour hématomèse due à une importante gastrite hémorragique (d'origine éthylique probable) qui a regressé grâce aux pansements gastriques et au traitement anti-inflammatoire à visée gastrique. La fibroscopie digestive a permis de mettre en évidence au-dessus d'une petite hernie hiatale, un anneau de Schatzki macroscopiquement évident, dont le transit oesogastrique permettait d'ailleurs de suspecter la présence.

SIXIÈME OBSERVATION :

Monsieur VID... Jean, âgé de 57 ans, entre dans le service de gastroentérologie (Pr BERGERON), en août 1974, pour un syndrome du bas oesophage.

- Histoire de la maladie : C'est un éthylique chronique avec antécédents de tuberculose pulmonaire en 1969. Il souffre actuellement de vomissements post-prandiaux, anorexie et douleurs épigastriques constrictives permanentes.

- Hospitalisation : Un transit oesogastrique pratiqué à l'entrée, montre deux rétrécissements annulaires superposés du tiers inférieur de l'oesophage.

Une fibroscopie confirme qu'à 33 et 38 cm des arcades dentaires, 2 formations annulaires rétrécissent la lumière oesophagienne. Ces anneaux semblant recouverts uniformément d'une muqueuse de type oesophagien, ne correspondent donc pas macroscopiquement à des Schatzki. Le tiers inférieur de l'oesophage est extrêmement kinétique. On note une petite hernie hiatale.

Le malade est réhospitalisé en gastroentérologie en novembre 1974 pour les mêmes motifs. Une fibroscopie est pratiquée le 14.11.1974 (Dr FERMAUD) par fibroscope olympus GIF D2 : introduction difficile de l'axoscope, puis progression à vue. On ne note pas d'oesophagite du bas oesophage. On retrouve aisément un anneau bien individualisé, circonscrivant l'ensemble de la circonférence du bas oesophage et qui cette fois apparaît comme répondant endoscopiquement à la définition de l'anneau de Schatzki, avec bord supérieur recouvert de muqueuse oesophagienne, bord inférieur recouvert de muqueuse gastrique, les deux muqueuses se rejoignant au niveau du bord libre. Au-dessus de cette formation, on note une hyperkinésie du bas oesophage, avec contractions circulaires, siégeant donc au niveau du 2ème aspect annulaire vu lors de la première fibroscopie. Ce deuxième anneau lui-même, s'individualise parfaitement lors des diastoles du bas oesophage et disparaît presque lors des contractions. Une biopsie de l'anneau est pratiquée.



2 - Hernie hiatale surmontée d'un anneau de Schatzki.

- Résultats anatomopathologiques (Dr QUINTANA) :

a) Au-dessous de l'anneau, muqueuse de type fundique avec raptus hémorragique en superficie. Entre les tubes glandulaires, le chorion est fibreux et ponctué de lymphocytes.

b) Sur le bord libre : muqueuse para-malpighienne, avec discrète parakératose superficielle. Quelques signes de dystrophie dans l'épithélium.

c) Au-dessus de l'anneau : prélèvements uniquement constitués de muqueuse para malpighienne oesophagienne.

Le malade entre à nouveau au service DUPRAT, le 10.6.1975 pour vomissements après les repas, anorexie, amaigrissement de 4 à 5 kilos en 3 mois, douleurs épigastriques permanentes constrictives.

L'examen montre un sub-ictère conjonctival, une hépatomégalie, une hypertension artérielle à 180/90 et une dysurie avec pollakiurie nocturne.

Un transit oesophagien le 16 juin 1975, montre à nouveau les deux diaphragmes minces du bas oesophage, l'un au sommet d'une petite hernie hiatale, l'autre situé nettement au-dessus de la hernie. On confirme l'existence d'un reflux. Si ce n'était ce reflux, la souplesse du bas oesophage ferait hésiter à porter le diagnostic de sténose peptique et inciterait plutôt à évoquer un anneau de Schatzki surmonté d'un diaphragme muqueux congénital.

- Résumé : Malade de 58 ans, éthylique chronique, hospitalisé pour des troubles digestifs liés à une intoxication exogène et chez lequel la radiologie et la fibroscopie ont mis en évidence une petite hernie hiatale surmontée d'un anneau de Schatzki, macroscopiquement et microscopiquement évident, surmonté d'un 2ème anneau évoquant un diaphragme muqueux congénital.

SEPTIÈME OBSERVATION :

Madame MON... Antoinette, 60 ans, est vue en consultation externe au service de gastroentérologie (Pr BERGERON) le 15.10.1974, pour brûlures épigastriques après corticothérapie.

- Histoire de la maladie : Cette malade est sous Cortancyl depuis 1 an et demi pour polyarthrite. Depuis 5 à 6 mois elle se plaint de brûlures épigastriques survenant sans horaire fixe, mais cependant plus volontiers la nuit et en fin de digestion.

L'interrogatoire retrouve un pyrosis très net ainsi qu'un syndrome postural avec signe du lacet et enfin des éructations douloureuses. On peut donc évoquer sur la simple clinique une gastrite avec

intolérance aux aliments épicés et une hernie hiatale.

Un transit oesogastroduodenal avec recherche de hernie hiatale et une fibroscopie oesogastrique sont alors décidés.

Le transit met en évidence, outre la hernie hiatale, un aspect en "tête de pavot" laissant penser à un anneau du bas oesophage. La fibroscopie est pratiquée le 21.10.1974 (Dr FERMAUD) par fibroscope olympus GIF D2 : introduction aisée de l'axoscope, progression à vue dans l'oesophage qui est normal dans ses 2/3 supérieurs. Présence d'une hernie hiatale fusiforme avec béance du cardia. on note une ectopie de muqueuse gastrique, en bandes lamellaires, se prolongeant au niveau de la muqueuse oesophagienne. Une petite ulcération plane sur le bord gauche, à l'union des deux muqueuses, oesophagienne et gastrique, évoque un ulcère de BARRETT.

Enfin, on constate la présence d'un anneau incomplet, en ce sens qu'il n'est nettement marqué qu'au niveau de la demi-circonférence gauche. Cet anneau, tapissé à sa face supérieure de muqueuse oesophagienne et à sa face inférieure de muqueuse d'apparence gastrique, les deux muqueuses se rejoignant sur son bord libre, semblent correspondre à un anneau de Schatzki. Au-dessus de lui, et occupant à peu près le même secteur de la circonférence du bas oesophage, existe un pseudo-anneau, qui correspond peut-être plutôt à une dyskinésie circulaire de l'oesophage. Cette formation est entièrement recouverte de muqueuse oesophagienne.

L'estomac présente un aspect de gastrite pavimenteuse. Une biopsie de l'anneau de Schatzki est pratiquée et envoyée à l'anatomie pathologique (Dr QUINTANA) :

a) Au-dessous de l'anneau, la muqueuse prélevée est de type gastrique, avec un tube glandulaire dilaté, mais pas d'infiltrats inflammatoires importants ni de fibrose.

b) Au niveau de l'anneau, un des prélèvements porte sur une muqueuse de type gastrique dont le chorion est infiltré par une fibrose ponctuée d'éléments inflammatoires lympho-leucocytaires. L'autre prélèvement est constitué de muqueuse de type malpighien, avec un épithélium hyperplaquique et parakératosique, correspondant probablement en endoscopie, à une plaque de leucoplasie. Dans le chorion, fibrose importante disséquant la musculaire muqueuse perpendiculairement à son orientation longitudinale. Ces aspects correspondent bien à ceux décrits dans l'anneau de Schatzki.

c) Au-dessus de l'anneau, muqueuse malpighienne avec hyperplasie et parakeratose.

- Résumé : Malade de 60 ans, vue en consultation externe pour gastrite post-corticothérapie et chez laquelle les examens paracliniques font découvrir une petite hernie hiatale surmontée d'un anneau incomplet lui-même surmonté d'un demi anneau muqueux, purement oesophagien.

HUITIÈME OBSERVATION :

Madame RIB... Rose, âgée de 64 ans, entre au service de Médecine Générale, Willemmin Pasteur (Pr PIGNIDE) le 21.10.1974 pour anémie hypochrome et gastralgies anciennes.

- Histoire de la maladie : La malade souffrait depuis 7 ans à 8 ans, de douleurs en étai de siège épigastrique, irradiant en ceinture vers les lombes, survenant la nuit, calmées par le procubitus.

Actuellement, ces douleurs surviennent surtout le matin, sans qu'il y ait aucun rapport avec les repas ou les efforts.

Un hémogramme, pratiqué il y a quelques mois, a révélé une anémie hypochrome à 2,8 M.

Une radiographie pulmonaire enfin, montrait une hyperclarté sus-diaphragmatique, faisant suspecter une hernie hiatale.

- Hospitalisation : L'examen clinique, outre une obésité ancienne et des oedèmes des membres inférieurs de type trophique, révèle un souffle systolique fonctionnel dans toute l'aire précordiale.

Un transit oesogastroduodenal (29.10.1974) montre une hernie hiatale apparaissant spontanément dès le début de l'examen. Il n'y a pas d'altération apparente du bas oesophage ni du corps de l'estomac.

Une fibroscopie oesogastrique est pratiquée le 13.11.1974 (Dr FERMAUD), par fibroscope GIF D2 : introduction délicate de l'axoscope, progression à vue. La moitié inférieure de l'oesophage apparaît flexueuse. L'oesophage est le siège de contractions tertiaires assez nombreuses ; la muqueuse est endoscopiquement normale. A environ 33 cm des arcades dentaires, on constate l'existence d'un rétrécissement très régulier, concentrique, qui se révèle être un véritable anneau de l'oesophage inférieur. Cet anneau voit sa lumière s'élargir lors du passage des ondes de péristaltisme oesophagien et surtout au moment des contractions circulaires tertiaires. Au niveau de cet anneau semble bien s'effectuer la jonction entre les muqueuses oesophagiennes et gastriques. Cette formation correspondrait donc à un anneau de Schatzki.

Une fois l'anneau franchi, on se trouve dans une très volumineuse hernie hiatale par glissement. La paroi de cette hernie ne présente aucune lésion organique, de même celle de la cavité gastrique. Lors du retrait du tube, des prélèvements biopsiques sont pratiqués sur l'anneau oesophagien.

Examen anatomopathologique (Dr QUINTANA) :

a) Au-dessous de l'anneau de Schatzki : muqueuse de type fundique, infiltrée par un îlot lymphocytaire, sans lésion spécifique.

b) Au niveau de l'anneau : deux prélèvements ont été réalisés. L'un concerne une muqueuse para-malpighienne, non kératinisée, mais papillomateuse. L'autre concerne une muqueuse de type gastrique, tantôt épithélial malpighien, tantôt glandulaire gastrique. Le chorion est très

fibreux, disséqué par des faisceaux qui remontent perpendiculairement à l'axe longitudinal des membranes basales et de la tunique musculaire. Le chorion est en outre ponctué de lymphocytes, de plasmocytes et de très rares polynucléaires.

c) Au-dessus de l'anneau : muqueuse de type malpighien, avec une discrète para-kératose superficielle.

Au total, on trouve une muqueuse de type fundique au-dessous de l'anneau ; une muqueuse mixte malpighienne et glandulaire, au niveau du bord libre de l'anneau ; et une muqueuse para-malpighienne enfin au-dessus de celui-ci. Ces aspects correspondent à ceux décrits pour l'anneau de Schatzki.

Les transfusions sanguines, les pansements gastriques et l'apport de fer, ont permis une régression rapide de tous les signes cliniques.

- Résumé : Malade de 63 ans, hospitalisée pour gastralgies et anémie hypochrome, dues à une volumineuse hernie hiatale. La fibroscopie permet en outre, de mettre en évidence une striction annulaire surmontant la hernie hiatale. Le diagnostic d'anneau de Schatzki est confirmé par l'anatomie pathologique.

NEUVIÈME OBSERVATION :

Monsieur CHA... Joseph, âgé de 64 ans, entre au service de Médecine Générale, Willem Pasteur, (Pr PIGNIDE) le 22.10.1974, pour dysphagie et vomissements post-prandiaux.

- Histoire de la maladie : Depuis un mois, le malade souffre de vomissements alimentaires survenant pratiquement chaque jour, entre quelques minutes et plusieurs heures après les repas, et précédés de sensations de pesanteur gastrique. Ils s'accompagnent d'asthénie et d'anorexie ; on constate d'ailleurs un amaigrissement de 2 kilos en un mois.

L'étude des antécédents ne permet de retrouver aucun trouble digestif ; on ne relève qu'une pleurésie sero-fibrineuse d'origine bacillaire en 1967, traitée en milieu hospitalier. Une touche d'intoxication éthylique est probable.

- Hospitalisation : L'examen clinique est normal, hormis une hypersensibilité abdominale diffuse à la palpation. Un transit oesogastro-duodénal est effectué le 31.10.1974 : pas de troubles du transit. Rétrécissement du bas oesophage sans lésion organique sur le conduit oesophagien.

Le corps gastrique est déformé en position horizontale en "drapé de rideau". Cette déformation semblant consécutive à une rétraction sur cicatrice ulcéreuse. On demande alors une fibroscopie qui est

pratiquée le 6.11.1974 (Dr FERMAUD) par fibroscope olympus GIF D2. Introduction difficile de l'axoscope. Progression à vue au niveau de l'oesophage qui ne présente pas de lésion organique. Au niveau du bas oesophage, il existe un anneau incomplet, semblant surmonter une petite hernie hiatale. Cet anneau est bien visible, surtout sur la demi-circonférence postérieure de l'oesophage. Endoscopiquement, la jonction des muqueuses oesophagienne et gastrique semble se faire au sommet du bord libre de cet anneau. Cela permet d'évoquer le diagnostic d'anneau de Schatzki.

Au niveau de l'estomac, aspect de gastrite avec atrophie fibromusculaire de la région antrale.



3 - Anneau de Schatzki.

Des prélèvements biopsiques sont effectués et envoyés à l'anatomie pathologique (Dr QUINTANA).

a) Au-dessous de l'anneau : muqueuse de type gastrique avec très importante fibrose interstitielle provoquant une atrophie des tubes ou une dilatation kystique de certains d'entre eux.

b) Au niveau de l'anneau : il s'agit effectivement d'une jonction entre une muqueuse de type glandulaire gastrique et une muqueuse de type malpighien non kératinisé. La muqueuse malpighienne est le siège de signes dystrophiques importants, avec dégénérescence ballonisante des cellules épithéliales. On n'observe cependant pas de parakératose. La muqueuse glandulaire est infiltrée de nombreux éléments inflammatoires polymorphes. Les tubes glandulaires sont rares et dissociés par des

infiltrats inflammatoires et par une fibrose. La musculaire de la muqueuse est elle aussi également dissociée par une fibrose qui semble la disséquer perpendiculairement à son axe longitudinal. On note également dans les faisceaux de la musculaire de la muqueuse, un infiltrat lymphocytaire important.

Ces lésions correspondent exactement à la limite entre un épithélium glandulaire et un épithélium malpighien telle qu'elle est décrite dans l'anneau de Schatzki.

c) Au-dessus de l'anneau, muqueuse de type para-malpighien présentant toujours des signes de dystrophie avec dégénérescence ballonisante des cellules. Le chorion est infiltré de très nombreux lymphocytes s'agencant parfois en îlots lymphoïdes. La musculaire de la muqueuse est dissociée par une fibrose. L'orientation de ces travées fibreuses semble la même que dans l'anneau.

d) Enfin, les prélèvements au niveau de l'estomac montrent une gastrite interstitielle diffuse et une atrophie discrète débutante.

Résumé : Malade de 64 ans, présentant des gastralgies avec vomissements d'apparition récente. La présence d'un anneau de Schatzki est révélée par la radio et confirmée par la fibroscopie et l'anatomopathologie.

DIXIÈME OBSERVATION :

Monsieur ROU... René 53 ans, est admis dans le service de Médecine Générale Willemin Pasteur (Pr PIGNIDE), pour vomissements noirâtres et méloena le 17.7.1974.

- Histoire de la maladie : Il s'agit d'un éthylique connu dont l'insuffisance hépatique est suivie de longue date. Le malade souffre depuis quelques temps d'anorexie croissante et de vomissements. Les selles sont devenues molles et noirâtres.

- Hospitalisation : L'examen clinique est sensiblement normal. Les examens biologiques ne révèlent qu'une discrète anémie à 3,9 M et une V.S. à 18 mm à la 1ère heure. Les tests hépatiques éliminent une cirrhose déclarée.

Un lavement baryté ne montre aucune anomalie. Un transit oeso-gastro-duodénal est pratiqué le 26.7.1974 : il permet d'objectiver une petite hernie hiatale surmontée d'un anneau de type Schatzki, l'estomac semble présenter des signes de gastrite (en rapport sans doute avec l'éthylisme).



4 - Anneau de Schatzki surmontant une hernie hiatale
aspect en "tête de pavot"

Une fibroscopie est effectuée le 31.7.1974 (Dr TOURNIER) par fibroscope olympus GIF D2 : progression normale du fibroscope. Au niveau du bas oesophage on aperçoit un repli muqueux surmontant une petite hernie hiatale. Ce repli, constant, semble correspondre à l'anneau de Schatzki vu à la radiologie. La limite des muqueuses gastrique et oesophagienne se situe semble-t-il au niveau du bord libre de l'anneau. En effet, la muqueuse sus-jacente est claire ; la muqueuse au-dessous de l'anneau est très rouge. Le collet de la hernie hiatale ne présente aucune anomalie. L'exploration de l'estomac est normale. Après avoir effectué des prélèvements biopsiques, on retire le fibroscope, en confirmant au passage l'existence de la petite hernie hiatale et de l'anneau muqueux, ainsi que l'intégrité de l'oesophage sus-jacent.

Résultats anatomopathologiques (Dr DE LAGUILLAUMIE) :

a) Au-dessous de l'anneau, muqueuse gastrique avec gastrite interstitielle subaigüe, non spécifique.

b) Au-dessus de l'anneau : muqueuse malpighienne, un peu hyperplasique, avec une discrète parakératose.

- Résumé : Il s'agit d'un éthylique de 53 ans ayant présenté un méloena après prise d'aspirine et chez lequel la radiographie et le fibroscopie ont découvert une petite hernie hiatale surmontée d'un anneau de Schatzki. L'état de ce malade s'est notablement amélioré avec un traitement symptomatique.

ONZIÈME OBSERVATION :

Monsieur VIA... Jean, âgé de 52 ans, entre au service de gastro-entérologie le 8.9.1975 pour décompensation oedemato-ictéro-ascitique d'une cirrhose éthylique.

- Histoire de la maladie : Ce malade éthylique chronique, gros fumeur, présentant un diabète d'apparition récente, est hospitalisé une première fois en janvier 1975 pour asthénie avec amaigrissement et sub ictère.

En août 1975, nouvel épisode ictérique avec asthénie sans douleur ni fièvre. Apparition au cours de l'hospitalisation d'une légère ascite et d'un oedème des membres inférieurs. Le malade se plaint également de crampes épigastriques post prandiales, survenant une heure environ après les repas, ainsi que d'une dysphagie intermittente pour les liquides.

L'examen clinique montre un abdomen distendu avec une circulation collatérale, une hépatomégalie, un ictère conjonctival et un sub-ictère cutané.

On demande alors un transit oesogastroduodenal, qui est effectué le 26.9.1974 : le transit oesophagien montre une dyskinésie importante. Au niveau du tiers inférieur de l'oesophage thoracique, une petite incisure circulaire peut correspondre à un diaphragme muqueux. L'estomac ne présente pas d'anomalies.

Une fibroscopie est alors pratiquée le 21.10.1975 (Dr FERMAUD) par fibroscope olympus GIF K : introduction aisée de l'axoscope et progression à vue. Dans les deux tiers supérieurs de l'oesophage, nombreuses contractions d'allure tertiaire (circulaires). A l'extrémité supérieure du tiers inférieur de l'oesophage, la distension permet de mettre en évidence, non un anneau, mais une succession d'anneaux apparaissant parfois parfaitement circulaires, d'autres fois en spirales. Le bord libre de ces anneaux apparaît blanchâtre. Ils entraînent une réduction de calibre de l'oesophage, le fibroscope de 13 mm devant être poussé un peu en force. La 1ère striction est à 32 cm des arcades dentaires. Ces anneaux sont recouverts de muqueuse d'aspect oesophagien, tant sur leur face supérieure que sur le bord libre et leur face inférieure.

Ils se succèdent jusqu'au voisinage du cardia muqueux. Celui-ci est à sa place normale, à environ 39 cm des arcades dentaires.

Il n'existe pas de hernie hiatale. Il n'y a pas ici d'anneau répondant macroscopiquement à la définition de l'anneau de Schatzki. On ne trouve pas non plus d'oesophagite ; on note la présence de varices oesophagiennes apparaissant à la contraction.

L'estomac ne présente pas de particularités.



5 - Succession d'anneaux du bas oesophage.

- Résumé : Il s'agit d'un éthylique de 52 ans, entré pour décompensation oedémato-ictéro-ascitique d'une cirrhose du foie, se plaignant de douleurs épigastriques post-prandiales et d'une dysphagie intermittente aux liquides et chez lequel la radiographie a montré la présence d'un diaphragme du tiers inférieur de l'oesophage avec dyskinésie importante. La fibroscopie a révélé qu'il s'agissait en fait d'une succession d'anneaux du tiers inférieur de l'oesophage, circulaires ou spirales, s'étageant de 32 à 39 cm des arcades dentaires.

Aucune interprétation n'a pu en être donnée.

CONCLUSION :

Grâce à la collaboration de quatre services de clinique de Clermont-Ferrand (O.R.L. Pr GAILLARD DE COLLOGNY, GASTROENTEROLOGIE, Pr BERGERON, MEDECINE GENERALE, Pr PIGNIDE, CHIRURGIE GENERALE, Pr MERCIER), nous avons pu rapporter onze observations.

Des 11 malades porteurs d'anneaux du bas oesophage que nous avons été amenés à examiner ou à suivre, on trouve 5 femmes et 6 hommes dont les âges s'échelonnent de 27 à 64 ans.

Trois ont consulté pour une dysphagie isolée, quatre pour des gastralgies, quatre enfin, ont été examinés en raison d'autres atteintes digestives, et la découverte de l'anneau fut alors purement fortuite.

Sur les 11 patients, un était porteur d'anneaux multiples du bas oesophage, trois de diaphragmes annulaires créés par une sténose peptique, dont un surmontant un endobrachyoesophage et sept d'anneaux de Schatzki typiques, dont l'un était associé à une deuxième formation annulaire sus-jacente recouverte entièrement de muqueuse oesophagienne.

Deux de ces malades ne reçurent aucun traitement, les anneaux étant cliniquement muets, six eurent des traitements purement médicaux.

Deux sténoses serrées imposèrent des séries de dilatations par bougies en gomme ; les résultats furent excellents les deux fois. Un malade enfin fit l'objet d'une indication chirurgicale. Mais l'échec relatif de l'intervention (récidive partielle de la sténose) imposa un traitement complémentaire par bougirage.

C H A P I T R E I I

LA JONCTION OESOGASTRIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

CHAPITRE II

LA JONCTION OESOGASTRIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

LA JONCTION NORMALE :

I - RAPPEL EMBRYOLOGIQUE :

Une première poussée de croissance de l'oesophage survient vers 4 mois et intéresse essentiellement l'oesophage inférieur (+)

La jonction cardio-oesophagienne ; initialement mal définie (LEWIS, MULLER BOTHA) sur l'embryon de 18 mm va peu à peu prendre forme au fur et à mesure de la croissance du fœtus. A la naissance l'angle cardio-oeso-tubérositaire varie de 90 à 170°.

Sur le plan histologique, l'oesophage est tout d'abord bordé d'un épithéliome cylindrique uni puis bi et enfin pluristratifié (Stades de 3 à 34 mm).

Chez l'embryon de 50 à 60 mm, commencent à paraître des flots d'épithélium cylindrique cilié, qui s'étendent progressivement à l'ensemble de l'oesophage.

A partir du stade de l'embryon de 100 mm, l'épithélium cilié se transforme en épithélium pavimenteux.

Il faut retenir enfin que, selon MULLER BOTHA, aux stades 50/60 mm un épithélium cylindrique simple s'organise dans le bas oesophage et persiste un certain temps, puis est éliminé ; mais de petites plages résiduelles d'épithélium cylindrique simples pourraient persister à quelques millimètres au-dessus de la ligne de jonction des muqueuses oesophagienne et gastrique.

Par ailleurs, les glandes se différencient également :

- les glandes superficielles, cardiaques, s'individualisent dans le bas-oesophage dès la 12^{ème} semaine.

- les glandes muqueuses de l'oesophage, profondes, pénétrant la muscularis mucosae, ne s'organisent qu'à partir de la 28^{ème} semaine et n'atteindront leur plein développement qu'après la naissance.

II - RAPPEL HISTOLOGIQUE :

1) Structure de la paroi oesophagienne :

Elle comprend de la périphérie vers le centre :

(+) - BOSSY J., GAILLARD DE COLLOGNY L., KATZ J. - Développement et croissance en longueur de l'oesophage - J.F. ORL, XIII,6, 1964, pp 765-778.

- . Adventice
- . Musculeuse
- . Sous-muqueuse
- . Muqueuse

. L'adventice est une gaine fibreuse infiltrée de tissu adipeux, parcourue par les nerfs et vaisseaux. Les fibres ont une direction longitudinale.

. La musculeuse : très épaisse comprend deux couches :

- longitudinale externe
- circulaire interne

séparées par une mince nappe conjonctive où se ramifient nerfs et vaisseaux.

La musculeuse, constituée au tiers supérieur de l'oesophage de fibres striées, ne comporte que des fibres lisses au tiers inférieur. Le tiers moyen est de structure mixte. Au niveau de l'oesophage abdominal et de la jonction cardio-oesophagienne, la couche musculaire s'épaissit et il s'y adjoint des fibres obliques issues de la musculature oblique de l'estomac.

. La sous-muqueuse : est armée par un treillis dense de fibres collagènes et élastiques.

. La muqueuse : épaisse de 500 à 800 μ , comprend un chorion et un épithélium et des glandes.

Le chorion renferme une couche musculaire lisse à fibres longitudinales, la muscularis mucosae. Entre celle-ci et l'épithélium, une lame fibro-élastique, la lamina propria. Les interférences du treillage conjonctivoélastique de la sous-muqueuse avec les fibres longitudinales de la muscularis mucosae déterminent la formation des plis principaux de l'oesophage, dont le nombre est variable (de 4 à 8, le plus souvent 6) et qui sont longitudinaux.

La muscularis mucosae s'épaissit dans le segment distal de l'oesophage, et elle atteint fréquemment 400 μ près de l'estomac.

2) Histologie de la jonction oesogastrique :

Deux types d'épithéliums s'affrontent là :

- Epithélium malpighien pluristratifié de l'oesophage.
- Epithélium cylindrique très glandulaire du pôle supérieur de l'estomac.

Cet épithélium gastrique fundique (celui là même que nous rencontrons dans les hétérotopies oesophagiennes) comporte :

- . une couche unique de cellules caliciformes à renouvellement continu.
- . Des cryptes profondes au fond de chacune desquelles débouchent 3 à 4 glandes fundiques. Les glandes fundiques ne traversent jamais la musculaire muqueuse ; elles sont composées de 3 types de cellules.
- . Cellules accessoires du collet, petites, prismatiques, claires, à noyau basal, bourrées de grains de mucus.
- . Cellules principales, couche unique de cellules claires sêreuses pépsinorésistantes.
- . Cellules bordantes enfin, excentriques, grandes, à protoplasme acidophile, responsables de la sécrétion du précurseur de l'acide chlorhydrique.

La transition muqueuse est moins nette au microscope qu'en endoscopie. On constate en effet que les zones juxtajonctionnelles des deux muqueuses, celles revêtant la jonction cardiooesophagienne, ont un équipement glandulaire commun qui leur est particulier et comporte : des plages de vraie muqueuse gastrique fondique ; des glandes cardiaques, tubulaires dont les ramifications restent au-dessus de la muscularis mucosae. Groupées en médaillon, elles sont plus nombreuses dans la zone pavimenteuse : leur structure évoque des glandes fondiques incomplètement différenciées ; elle se complique d'ailleurs au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'estomac. Des glandes oesophagiennes muqueuses s'enfoncent dans la muscularis mucosae. Enfin, des flots de type pyloroduodénal que l'on retrouve aussi bien dans la muqueuse malpighienne.

L'histologie révèle donc que la jonction épithéliale oesogastrique ne peut être tracée selon une ligne idéale, mais se présente plutôt comme une zone transitionnelle, une "région du cardia" (POLICARD, TASSIN).

III - JONCTION OESOGASTRIQUE ANATOMIQUE ET RADIOLOGIQUE

La jonction oesogastrique étant difficile à situer exactement, on devra donc parler plutôt ici de l'oesophage terminal.

Les limites de ce dernier sont anatomiquement difficiles à définir avec précision, car il s'agit plus de limites définies physiologiquement (sphincter physiologique de l'oesophage) qu'anatomiquement.

Cependant, la limite supérieure se situe pour beaucoup au niveau d'un léger rétrécissement, à 2 ou 3 cm environ au-dessus du diaphragme. La limite inférieure correspond à l'abouchement de l'oesophage dans l'estomac, à peu près à 40 cm des arcades dentaires, à gauche de la ligne médiane, à la hauteur de D 10-D II en arrière, et de la partie interne du 7° cartilage costal gauche en avant.

1°) Configuration extérieure :

La morphologie de l'oesophage terminal est variable. Le radio cinéma permet de distinguer de haut en bas :

- l'ampoule épiphrénique, dilatation fusiforme de 2 cm environ, transitoire, variable avec les repas.
- l'épicardia qui lui fait suite ; léger rétrécissement annulaire sus-disphragmatique, très variable.
- le vestibule gastrooesophagien, segment à peu près cylindrique, de longueur très variable avec la morphologie du sujet (2 à 4 cm) ; oblique en bas et à gauche, il s'abouche dans l'estomac en formant le cardia.

Au niveau du cardia, le bord droit de l'oesophage se continue directement avec le segment vertical de la petite courbure ; le bord gauche se raccorde à angle aiguë avec la grosse tubérosité en formant l'angle de His.

L'orifice du cardia regarde à droite en haut ; un peu en avant, ovalaire, son grand axe mesure 15 à 25 mm . Parfois, apparaît à ce niveau un sillon incomplètement circulaire, correspondant à des fibres musculaires paraboliques qui constituent la cravate d'Helvétius.

2°) Configuration intérieure :

Elle a été précisée par l'endoscopie. L'oesophage apparaît comme un conduit souple de 2 cm de diamètre environ, parcouru par des contractions péristaltiques. Au niveau de l'ampoule épiphrénique, la lumière oesophagienne jusqu'alors aplatie devient presque circulaire.

La muqueuse oesophagienne est lisse, pâle, semble mince.

La jonction cardiale sera souvent nettement marquée, sur son versant gauche, par l'adossement des deux muqueuses gastrique et oesophagienne, formant la valve de Gubarow qui répond à l'extérieur à l'angle de His.

Parfois, un pli circulaire rétrécit l'orifice cardinal : c'est le pli cardiaque de CHARPY. En fait, l'angle de His ne correspond que dans environ 55 % des cas à la jonction des deux muqueuses : celle-ci se fait assez souvent 1 cm plus haut. Elle est aisément repérable grâce au changement brutal de teinte : on voit nettement la frontière entre la muqueuse oesophagienne pâle et lisse et la muqueuse gastrique rouge sombre, semblant plus épaisse.

3°) Constitution :

L'oesophage est, rappelons-le, formé de trois tuniques musculaires en deux couches :

- Longitudinale externe.
- Circulaire interne.
- Sous muqueuse, plus ou moins lâche.
- Muqueuse résistante.

Au niveau du cardia, la musculature apparaît plus épaisse, elle est ici formée de 3 couches :

- Longitudinale externe.
- circulaire moyenne.
- Parabolique interne.

Il est à souligner que cette anatomie ne fournit pas de bases solides à la configuration externe de l'oesophage inférieur, décrite plus haut que permet de découvrir la radiologie. On peut penser que l'aspect radiologique traduit l'activité physiologique complexe de cette région qui doit assurer un double rôle :

- Permettre le passage des aliments.
- Assurer la continence gastrooesophagienne en évitant un reflux.

4°) Situation générale, orientation :

L'oesophage terminal est un organe très profond.

La portion thoracique est quasi verticale. La portion abdominale voit son orientation varier fortement selon le morphotype : vertical, un peu oblique en bas et à gauche chez le sujet longiligne ; horizontale, presque sagittale chez le breviligne.

5°) Le hiatus oesophagien du diaphragme :

Il est situé un peu à gauche de la ligne médiane, à 3 cm en avant des vertèbres dorsales (il se projette radiologiquement sur D9/D10). Son grand axe est oblique en avant et à gauche. Entièrement musculaire, il est situé dans 75 à 80 % des cas entièrement dans le pilier droit du diaphragme : le pilier droit est alors divisé en deux faisceaux, l'un droit, mince, sagittal ; l'autre gauche, épais, frontal, qui limitent l'orifice hiatal.

L'hiatus reste incomplètement fermé en raison de la divergence des deux faisceaux d'origine. L'orifice hiatal est donc plus ou moins béant en arrière : lors d'une intervention un chirurgien qui opère

peut y passer un ou plusieurs doigts. Une telle morphologie est au moins un facteur favorisant de reflux oesophagien et peut même faciliter un glissement transhiatal de l'estomac.

Chez les 20 % de sujets restant, la disposition est à peu près la même, à ceci près qu'un faisceau de fibres musculaires croisées, issues du pilier gauche, vient renforcer la berge droite de l'orifice. Cette disposition est à l'évidence meilleure. Plus imperméable sur le plan anatomique, grâce à ce faisceau de l'angle postérieur qui ne permet pas la hernie hiatale. Plus efficace sur le plan physiologique, cette bandelette musculaire jouant le rôle d'une fronde qui grâce à sa tonicité et ses contractions volontaires enserre et collabe l'oesophage (lasso d'ALLISON). Enfin comme le souligne TASSIN, un problème important est celui de la localisation de l'hiatus par rapport à l'oesophage. Un artifice a permis de la préciser ci-joint : des clips posés sur les bords de l'orifice oesophagien du diaphragme au cours de laparotomies ont permis ensuite, en examen sous écran, de préciser que la zone de projection de l'hiatus par rapport à la coupole diaphragmatique gauche varie : avec le jeu diaphragmatique car il se trouve plus élevé à la fin de l'inspiration ; selon l'incidence, en O.A.D. légère ; il se projette au-dessus de la coupole, en O.A.D. très accusée, au-dessous d'elle.

6°) Les moyens de fixité de l'oesophage abdominal :

Leur importance est essentielle car ce sont eux qui protègent l'intégrité de l'angle de His en empêchant l'avalement intra-thoracique du cardia sous l'effet :

- de l'aspiration du vide thoracique,
- de la force rétractile des fibres musculaires longitudinales de l'oesophage,
- l'oesophage est ainsi amarré : à l'orifice hiatal, à la paroi postérieure de l'abdomen, enfin, par l'intermédiaire de pédicules vasculaires.

a) Amarrage à l'orifice hiatal :

Il semble qu'existe une toile conjonctive étanche mais élastique ayant la forme d'un cône dont le sommet s'insère sur la circonférence de l'oesophage immédiatement sus diaphragmatique et dont la base vient en s'évasant se perdre à la face inférieure du fascia sous diaphragmatique. L'efficacité de cette structure en tant que moyen de fixité semble quasi nulle.

b) Amarrage à la paroi postérieure de l'abdomen :

C'est là que se trouve le principal moyen de fixation ; en effet, en arrière, l'oesophage n'est pas péritonisé. Ses faces postérieures et latérales donnent insertion à un tissu cellulaire dense à de solides lames fibreuses noyées dans celui-ci et qui vont s'amarrer en arrière du plan préaortique, et latéralement aux piliers.

Cette formation a été récemment décrite de façon précise par Ph. BOUTELIER sous le nom de "mésœsophage postérieur". Elle paraît issue du mésogastre primitif. Très solide, c'est de son affaiblissement ou de sa destruction chirurgicale que semble dépendre pour une large part la survenue d'une hernie hiatale. Enfin, le ligament et le fascia d'accolement gastrophrénique maintiennent en place la grosse tubérosité, fixant ainsi ses rapports avec l'oesophage abdominal.

c) Amarrage par les pédicules vasculaires :

L'artère coronaire stomacique atteint très haut la petite courbure, le plus souvent courte, tendue, et noyée dans un dense feutrage cellulaire, elle représente alors un excellent moyen de fixation. Selon BARRETT, sa trop grande longueur serait une cause de malposition (situation trop haute) du cardia .

Les nerfs pneumogastriques semblent plus un obstacle à l'abaissement chirurgical du cardia qu'un véritable facteur de contention.

IV - LA JONCTION MUQUEUSE CARDIOOESOPHAGIENNE RAPPORTS AVEC LA JONCTION ANATOMIQUE

Comme le fait remarquer SAVARY, elle constitue un des éléments de repérage essentiels du vestibule gastroœsophagien, lors d'une endoscopie effectuée chez un sujet normal.

1°) Détermination endoscopique :

Nous avons déjà mentionné le contraste entre la muqueuse malpighienne de l'oesophage terminal rose pâle, lisse, avec un réticulum vasculaire sous muqueux ramifié en arborisations plus ou moins parallèles, et la muqueuse cylindrique gastrique d'un rouge plus sombre, légèrement surélevée à la zone de transition, avec un réseau vasculaire visible en transparence, d'aspect ponctué (ponctuation en semis). Enfin la transparence épithéliale de la muqueuse gastrique est plus grande que celle de la muqueuse œsophagienne.

2°) Tracé de la ligne de démarcation muqueuse :

La plupart du temps, cette frontière muqueuse gastroœsophagienne est légèrement irrégulière, dentelée, avec une asymétrie d'ensemble antéro-postérieure qui paraît ne correspondre qu'à un artéfact endoscopique. GOYAL a étudié le tracé jonctionnel sur 60 spécimens anatomiques, chez 51, la démarcation se faisait par une ligne en zigzag. Chez 8 sujets, la jonction muqueuse suivait un tracé annulaire presque rectiligne et, GOYAL se demande si cette dernière morphologie ne favorise pas le développement ultérieur d'anneaux muqueux du type Schatzki. Enfin, il découvrit chez le dernier spécimen d'assez vastes plages de muqueuses gastrique isolées en îlots dans le bas œsophage.

3°) Situation de la jonction muqueuse par rapport au vestibule gastrooesophagien et du hiatus diaphragmatique :

PALMER, étudiant des cas de cardioachalasie a eu l'idée de fixer des clips métalliques sur la ligne jonctionnelle pour tenter de démontrer que le vestibule était tapissé en totalité de muqueuse gastrique. Mais la ligne jonctionnelle est tellement irrégulière, que le plus souvent, le clips a pu aussi bien être posé au pôle supérieur qu'au pôle inférieur du vestibule. ZAINO et Coll. localisent la jonction muqueuse au bord inférieur de la zone vestibulaire. En fait, des études plus récentes (SAVARY) menées en particulier sur les achalasies et les dyskinésies vestibulaires hypertoniques, semblent indiquer que la ligne jonctionnelle est intra-vestibulaire et se situe au voisinage immédiat de l'hiatus diaphragmatique. Plusieurs auteurs (SAVARY, SCHATZKI, ALLISON) pensent donc que la portion abdominale du vestibule gastrooesophagien est tapissée en règle de muqueuse gastrique et qu'il n'existe pas chez le vivant d'oesophage abdominal recouvert de muqueuse malpighienne.

4°) Les atypies sans incidences pathologiques :

Elles sont fréquentes. On voit assez fréquemment des îlots malpighiens sur le versant gastrique de la ligne jonctionnelle, ainsi que sur le versant oesophagien, encore que la localisation la plus habituelle des hétérotopies cylindriques en îlots reste l'oesophage cervical. Ces hétérotopies limitées restent sans incidence pathologique, ce qui n'est pas le cas des hétérotopies étendues.

V - ROLE PHYSIOLOGIQUE DE LA JONCTION OESOGASTRIQUE

1°) Rôle sphinctérien :

On s'accorde à reconnaître que la jonction oesogastrique correspond à une zone à fonctions sphinctériennes. Mais la structure, les dimensions et la situation de cette zone sont très controversées. Une moitié environ des auteurs lui refusent toute particularité musculaire intrinsèque de type sphinctérien. Sa situation par rapport au diaphragme est discutée: certains la définissent comme sus hiatale, d'autres intra hiatale, d'autres enfin sous hiatale. Son revêtement muqueux est de type oesophagien, gastrique, ou mixte, selon les auteurs. SAVARY propose la définition suivante pour le vestibule gastrooesophagien : du point de vue fonctionnel, il est caractérisé par la disparition à son niveau de l'influence respiratoire sur la motilité pariétale et par son comportement sphinctérien. Du point de vue structural, il est marqué parfois par la présence de plissements transversaux ou obliques et par sa relation constante avec la ligne de démarcation muqueuse gastrooesophagienne.

Quoi qu'il en soit, il existe indiscutablement et termes de physiologie normale, une zone sphinctérienne fonctionnelle soumise à l'influx sympathique et inhibée par l'influx vagal. De nombreux travaux expérimentaux menés en particulier sur le chien (KNIGHT, BURCKE, JOURDAN et COLLET, GRINLAY et ELLIS) ont confirmé cette notion.

L'étude manométrique des pressions dans l'oesophage inférieur et l'estomac, contrôlées par le radiocinéma a permis de mettre en évidence chez l'homme des différences assez significatives pour permettre d'affirmer l'existence d'un sphincter physiologique au niveau de la jonction oesogastrique ; une zone de haute pression s'interpose entre l'oesophage et l'estomac et ne se relâche que peu après le début de la déglutition.

Ce sphincter semble jouer beaucoup plus dans la physiologie de la déglutition que pour la prévention de la beance et du reflux, il est en général insuffisant quand les autres facteurs sont perturbés.

2°) Rôle passif : maintient de la continence :

Ce rôle est passif puisqu'il dépend bien plus de l'intégrité et de la valeur de la structure anatomique que de la fonction sphinctérienne. Le facteur fondamental de la continence est le dispositif valvulaire formé par l'implantation oblique "en sifflet" de l'oesophage dans l'estomac. Il amène la continence au moment de la réplétion gastrique, du seul fait de cette réplétion qui accentue la fermeture de l'angle de His. De nombreux travaux ont démontré effectivement que la réplétion gastrique s'oppose d'elle même à tout reflux tant que l'angulation cardiotubérositaire est conservée.

Comme le font remarquer GAILLARD et MOUNIER KUHN, une telle expérience est involontairement reproduite quand une intubation trachéale anesthésique faisant fausse route entraîne une dilatation gastrique que l'on ne peut évacuer sans recourir à l'aspiration.

Le rôle du diaphragme dans le maintien de la continence est discuté ; c'est sans doute en partie parce que la structure de l'anneau hiatal étant très variable, la valeur fonctionnelle l'est également.

Nous avons vu plus haut que la meilleure disposition est celle correspondant à 20 % des cas environ où les deux piliers participent à la constitution de l'orifice ; celui-ci est plus imperméable alors sur le plan anatomique.

C'est surtout parce que la pince hiatale semble bien n'intervenir que très peu aux variations du cycle respiratoire normal ; et ne jouer véritablement que lors de respirations profondes.

ANOMALIES DE LA JONCTION :

Il ne saurait être question ici de reprendre ce chapitre en entier : d'abord parce qu'il est extrêmement complexe et dépasse le cadre de notre sujet, ensuite et surtout parce qu'il a été remarquablement exposé dans le rapport de MOUNIER KUHN et J. GAILLARD à la Société Française d'ORL en 1965 et dans la thèse de TASSIN. Nous nous bornons donc à un simple rappel.

Une anomalie de la jonction oesogastrique ne définira pas une malformation, ou plus souvent une simple malposition, celle-ci pouvant être temporaire et créée passagèrement par une obésité, une grossesse.

Elle peut se manifester par un reflux, mais celui-ci n'accompagne pas obligatoirement toute anomalie fonctionnelle et son mécanisme de déclenchement semble faire appel à des facteurs neurovégétatifs en plus des facteurs anatomiques.

I - PRINCIPALES ANOMALIES FONCTIONNELLES ET AFFECTIONS QUI EN DECOULENT :

On distinguera :

1°) Les malformations majeures de l'oesophage inférieur :

a) Le brachyoesophage congénital vrai : Rarissime, correspondant à la seule déviation embryologique de la 5° ou la 6° semaine qui aboutit à un arrêt du développement de l'oesophage thoracique ;

b) Les brachyoesophages acquis : Dans la genèse de ces "oesophages raccourcis" il y a interaction de facteurs congénitaux et de facteurs mécaniques secondaires d'aspiration thoracique, enfin de facteurs inflammatoires acquis : malposition cardiotubérositaire initiale, raccourcissement secondaire de l'oesophage.

c) L'endobrachyoesophage : Il faut ici séparer deux formes distinctes :

- Les îlots ectopiques de muqueuse gastrique dans l'oesophage dont le rôle pathogène a été discuté. Nous pensons cependant à la suite de J. GAILLARD "qu'une zone d'anomalie segmentaire ou en bague de la muqueuse thoracique inférieure et moyenne peut parfaitement localiser une oesophagite grave et sténosante" un cas de reflux.

- L'oesophage distal tapissé par une muqueuse gastrique en nappe continue (hétérotopie plutôt qu'ectopie) alors que la morphologie externe de l'ensemble oesogastrique ne présente aucun vice de conformation : estomac normal sous-diaphragmatique. Oesophage abdominal et cardia anatomique en place. Jonction oesogastrique normale. Tunique musculaire normale au départ (remaniée ensuite par la gangue inflammatoire). Cette dernière forme correspond à l'endobrachyoesophage vrai défini ainsi par LORTAT JACOB.

2°) Les hernies par hiatus oesophagien :

a) Les hernies paraoesophagiennes par roulement :
sont rares.

b) Les hernies par glissement :
sont de loin les plus fréquentes (90 %). Ce sont les vraies hernies hiatales et celles qui s'accompagnent d'un reflux, puisque comme il n'existe plus ici d'angulation oesophagogastrique, le reflux gastrooesophagien devient possible et facile ; mais il n'est cependant pas constant.

c) Les hernies mixtes : L'idée la plus importante réside non dans cette classification, mais dans les points suivants :

- les petites hernies sont souvent les plus nocives en ce qui concerne le reflux et l'oesophagite.
- les troubles musculaires et nerveux de dysharmonie gastrooesophagienne jouent un rôle aussi grand que les facteurs anatomiques.

Il faut dissocier avec HILLEMAND, hernies avec reflux de celles sans reflux, hernies fixées de celles intermittentes. Ce sont là les seules distinctions utiles.

3°) Les malpositions cardiotubérositaires :

Elles n'entraînent pas obligatoirement un reflux, mais sont une des causes majeures de celui-ci. Elles doivent donc réaliser, du moins en principe, l'ensemble des conditions requises pour créer un reflux :

- Elargissement et faiblesse de l'anneau hiatal et des connexions gastrooesophagiennes ;
- Laxité de la suspension phrénotubérositaire.
- Raccourcissement de l'oesophage abdominal.
- Surtout, diminution ou suppression de l'angle de His.

On peut supposer que ces malpositions représentent une amorce de hernie hiatale par glissement, qui souvent ne peut évoluer jusqu'au bout parce qu'une résistance résiduelle encore notable des structures hiatales empêche la hernie gastrique vraie de se produire. Seul l'oesophage abdominal peut remonter et si l'on opère de tels cas, c'est la brièveté, voire l'absence de segment oesophagien abdominal qui apparaît comme le fait majeur. J. GAILLARD, souligne que le terme de hernie oesophago-hiatale paraît le mieux approprié à bien définir ces cas.

Sur le plan du reflux, il faut distinguer :

- Malposition fixée ou malposition mobile, ce qui conditionne les variations de continence dans le temps.

- Etat de la musculature propre et du rôle qu'elle peut encore jouer.

4°) Interventions chirurgicales perturbant directement la jonction oesogastrique

5°) Les anomalies intra-luminales : diaphragmes muqueux oesophagiens acquis :

Parmi les sténoses annulaires de l'oesophage qui font l'objet de ce travail, les diaphragmes muqueux sont l'immense majorité ; parmi eux, il en est de congénitaux, qui sont l'exception et surtout d'autres, sans doute acquis, qui en représentent la quasi totalité. Leur étude sera bien sûr reprise en détail un peu plus loin. Rappelons simplement ici que si le diaphragme congénital revêtu de muqueuse oesophagienne sur les deux faces siège sur un bas oesophage normal, l'anneau de type Schatzki, à l'inverse, est associé de façon quasi constante à une déficience jonctionnelle, presque toujours hernie hiatale qu'il coiffe, parfois simple malposition. Il siège à la jonction des deux muqueuses oesophagienne et gastrique, ce qui conduisit à penser qu'il s'agissait là de la jonction oesogastrique herniée.

Un autre type d'anneau jonctionnel peut marquer la limite supérieure d'un brachyoesophage ou d'un endobrachyoesophage, comme en témoigne une de nos observations.

II - CONDITIONS D'APPARITION D'UN REFLUX -

ROLE DE LA COMPOSANTE NEUROVEGETATIVE -

Il paraît de prime abord de supposer que le reflux sera le corollaire obligé de tout défaut de continence de la jonction oesogastrique ; celui-ci étant entraîné par une des atteintes que nous venons de décrire et dont la source peut résider en des anomalies péritonéales, des anomalies de position de l'oesophage abdominal, l'élargissement de l'anneau hiatal. Dans la réalité il n'en est rien et nombre de malformations ne s'accompagnent pas de reflux, (MOUNIER KUHN, J. GAILLARD). Cette apparente contradiction est sans doute résolue si on veut bien admettre le principe selon lequel la morphologie de la malformation ou de la malposition ne joue pas seule, et qu'il existe un phénomène de commande neurovégétative qui doit avoir lui aussi un rôle essentiel dans l'apparition ou non d'un reflux. Le péristaltisme oesophagien est en effet un phénomène neurovégétatif et le sympathique est le nerf moteur de fermeture du cardia. J. GAILLARD et MOUNIER KUHN appellent à l'appui de cette opinion trois ordres de faits cliniques :

1°) Hernie hiatale, cardia endothoracique ne sont pas synonymes obligatoires de reflux gastro-oesophagien :

La continence peut être maintenue parfois indéfiniment, souvent très longtemps jusqu'à ce qu'apparaisse un dérèglement nouveau, d'ordre neurovégétatif, agissant sur la tonicité d'une jonction déjà très perturbée sur le plan anatomique.

ATKINSON a démontré, par des expériences manométriques entreprises en 1962, que persiste dans les hernies hiatales continentales la zone de forte pression de la "région sphinctérienne" cette zone disparaît après cardiomyotomie.

2°) Inversement, rôle des perturbations neurovégétatives dans l'apparition de reflux :

Ces reflux déclenchés par l'angoisse, les stress de tous ordres, viennent révéler un équilibre instable maintenu jusque là.

3°) Disparition du reflux sous traitement hormonal :

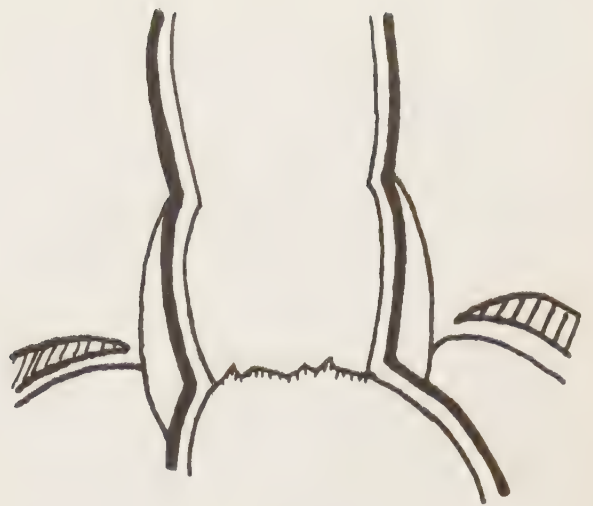
Le fait que des reflux constatés au cours d'états spasmodiques, hypothyroïdiens, hyperfolliculiniques, disparaissent après mise en route d'un traitement adapté, incite à admettre que l'origine de ces reflux réside dans une perturbation fonctionnelle du tonus ou de la motricité musculaire occasionnée par la dépendance de la fibre lisse vis-à-vis de certaines hormones.

En conclusion :

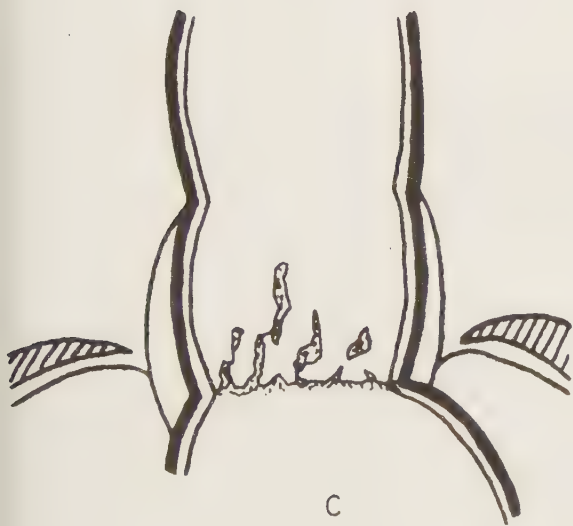
La physiopathologie du reflux gastrooesophagien n'est pas univoque, exclusivement liée à l'aspect mécanique de la question. Le reflux est un phénomène de contrôle neurologique et central, ce qui explique son apparition dans les conditions les plus diverses d'âge de terrain et de substratum anatomique.



A



B



C



D

DIFFERENTS TYPES DE JONCTION MUQUEUSE OESOGASTRIQUE RELEVES
SUR DES PIECES ANATOMIQUES FRAICHES (d'après GOYAL).

A et B : Types habituels de jonction en zig zag

C : Ilôts de muqueuse de type gastrique dans l'oesophage inférieur

D : Jonction muqueuse rectiligne souvent associée à un anneau muqueux

CHAPITRE III

METHODES D'EXAMEN

I - L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE -

Elle a, bien entendu, une place essentielle, dans le diagnostic des sténoses annulaires muqueuses de l'oesophage inférieur.

C'est elle d'ailleurs qui a permis à Schatzki et Gary de découvrir et d'individualiser la formation appelée depuis "anneau de Schatzki". Voici d'ailleurs un extrait de cette première observation :

" Un homme de 58 ans ... avait souffert depuis 30 ans d'accès
" dysphagiques transitoires ... Ces épisodes s'étaient multipliés les
" dernières années. L'exploration radiologique (avec produit de con-
" traste) mit en évidence un rétrécissement à type de diaphragme, situé
" à l'extrémité inférieure de l'oesophage, 3 cm au-dessus du diaphragme,
" et présentant un pertuis résiduel d'un diamètre maximum de 14 mm. Il
" n'y avait pas d'obstruction à l'écoulement de la baryte."

Ce malade mourut quelques temps après d'un cancer de l'estomac. L'autopsie permit alors à Schatzki de prélever la structure en cause et de démontrer ainsi que la striction radiologique avait une base organique constituée par un diaphragme muqueux.

Ce dernier point permet de rappeler que le syndrome décrit par Schatzki ne peut, comme on l'a parfois écrit, se définir uniquement sur une base radiologique, mais implique l'existence d'un diaphragme oesophagien bas situé, constant, présentant des caractères anatomiques et histologiques précis.

- TECHNIQUE :

Nombre de sténoses annulaires oesophagiennes ont été découvertes au cours d'examens radiologiques menés selon une technique standard. On doit cependant souligner que le diagnostic est alors le fait du hasard, et qu'un anneau de striction est dans ces conditions souvent méconnu ;

- Si le pertuis résiduel est très large, et l'oesophage à peine ou pas dilaté, le rétrécissement sera quasi invisible et pourra de ce fait passer inaperçu ;

- Si la sténose est plus serrée, le produit de contraste soulignera certes sa face supérieure mais pas sa face inférieure ; le liquide radioopaque coulant par le pertuis résiduel "tombera" littéralement dans l'oesophage sous-jacent et ne reviendra imprégner exactement la paroi de celui-ci qu'à plusieurs centimètres au-dessous du rétrécissement : on aura ainsi un aspect d'ensemble évoquant une sténose étendue en hauteur : une telle erreur d'interprétation a été commise initialement pour une des malades que nous avons ensuite suivie (observation n° 2 - Mme GAR... Juana).

La mise en évidence d'une sténose annulaire est donc difficile et implique, lorsqu'on soupçonne une telle affection, essentiellement devant une dysphagie basse intermittente, de mener l'examen selon des modalités extrêmement précises.

- Le produit de contraste utilisé sera bien évidemment le sulfate de baryum, qui donne une très bonne imprégnation pariétale. Un examen utilisant les produits hydrosolubles n'a aucune valeur (images défectueuses, passage oesophagien beaucoup trop rapide) ;

- Lors de la prise des clichés, on devra garder à l'esprit que le succès de l'examen dépend en grande partie de la distension oesophagienne obtenue, qui doit être maximale, pour les segments sus aussi bien que sous-jacents du rétrécissement.

Le début de l'examen sera mené sur le sujet en position debout, mais on n'aura de résultat à ce stade que si la sténose est déjà serrée.

La suite des manoeuvres s'effectue sur le sujet couché, que cela soit en procubitus ou en décubitus, les deux positions pouvant d'après Goyal, aider à obtenir un résultat satisfaisant ; ainsi :

- en procubitus oblique antérieur droit avec un disque de compression placé sous l'abdomen pour élever la pression intraabdominale ;
- en décubitus latéral gauche, position où un aide peut exercer une compression manuelle sur l'abdomen ;
- on aura également recours à la position de Trendelenburg.

D'autres dispositions seront utiles pour aider à la distension de l'oesophage inférieur :

On demandera au sujet de remplir le plus possible sa bouche avant d'avaler, ceci afin d'obtenir le bol de bouillie barytée le plus volumineux possible.

Le patient doit ensuite se mettre en inspiration forcée bloquée : celle-ci a comme conséquence de fermer la pince diaphragmatique, et, en abaissant la coupole diaphragmatique, de mieux dégager l'image oesophagienne sur le champ pulmonaire.

On pourra utiliser également la manoeuvre de Valsalva.

Ces dispositions sont toutes nécessaires, car un anneau du bas oesophage est souvent malaisé à mettre en évidence, (sauf si comme nous l'avons dit, plus haut, il est très sténosant) ; en effet, la baryte passe presque toujours sans aucun retard au niveau du bas oesophage, et les images gardent un caractère dynamique, fugace.

Ceci, comme le remarque Hancy, fait que l'amplificateur de brillance, la scopie télévisée et le radio cinéma trouvent là d'excellentes indications.

La distance de l'anneau au diaphragme n'a pas de valeur selon GOYAL, car la relation entre l'hiatus oesophagien et l'ombre diaphragmatique varie selon la position du patient et la phase de la respiration.

On terminera l'examen radiologique par la recherche d'une hernie hiatale et d'un reflux éventuel, recherche menée selon les techniques habituelles.

Signalons enfin que certains auteurs ont tenté d'évaluer exactement le diamètre du pertuis résiduel en faisant déglutir au sujet des marqueurs radioopaques de dimensions calibrées : ainsi des tablettes de sulfate de baryum (SOM, WOLF, MARSHAK) des capsules de gélatine emplies de baryte (SCHATZKI, GARY H 2 - 27), et diverses autres compositions. D'après GOYAL, seules les tablettes peuvent donner une idée réellement valable du diamètre de la lumière restante.

- CAUSES D'ERREUR :

A côté des différents types de strictions annulaires vraies que l'on peut rencontrer sur le bas oesophage, deux aspects trompeurs doivent être éliminés :

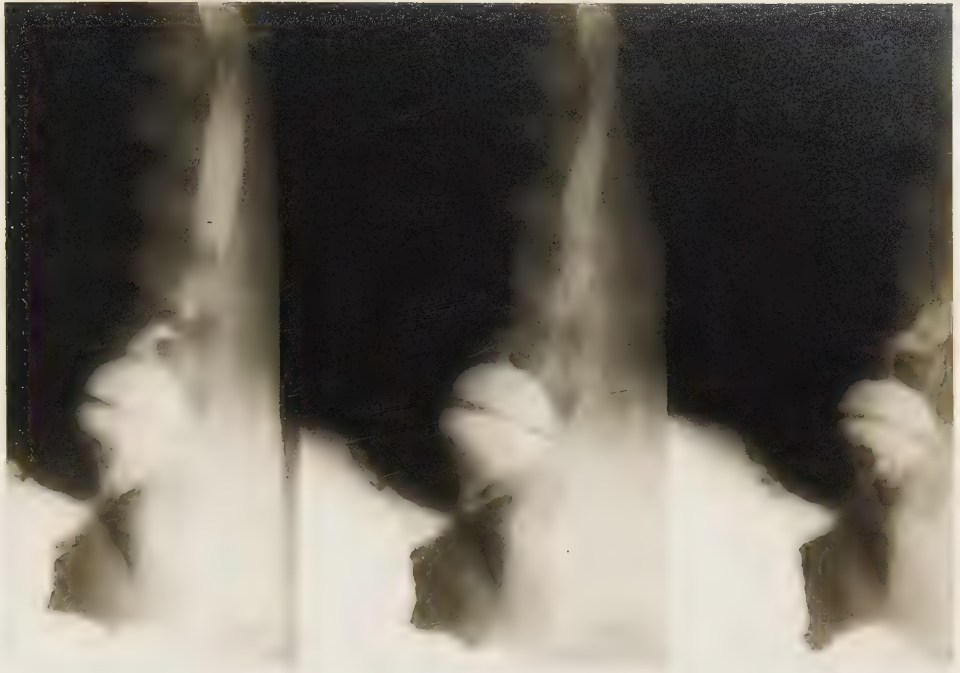
- tout d'abord des encoches créant des images d'anneau incomplet, souvent transitoires et de siège variable, que l'on constate assez fréquemment sur le bas oesophage, en particulier s'il existe une hernie hiatale ;

- ensuite, le faux aspect d'anneau qui se rencontre dans les cas de petite hernie hiatale où l'oesophage inférieur descend sur la hernie puis la contourne. Lors de la déglutition de baryte, le segment oesophagien coiffant la hernie se distend et s'étale sur elle.

MONGES et DOR ont démontré que, dans une incidence frontale (ou oblique antérieure droite pas assez accentuée), la hernie se projette devant l'oesophage terminal : une image, apparemment d'anneau, apparaît entre l'oesophage et la hernie et semble correspondre à la jonction oesogastrique. Mais, en position très oblique, les rapports exacts de l'oesophage et de la hernie se révèlent, et l'on se rend compte que la fausse image d'anneau est due à la projection, entre la hernie et l'oesophage distendu étalé sur celle-ci, du segment d'oesophage terminal plus étroit qui contourne la hernie.

- RESULTATS :

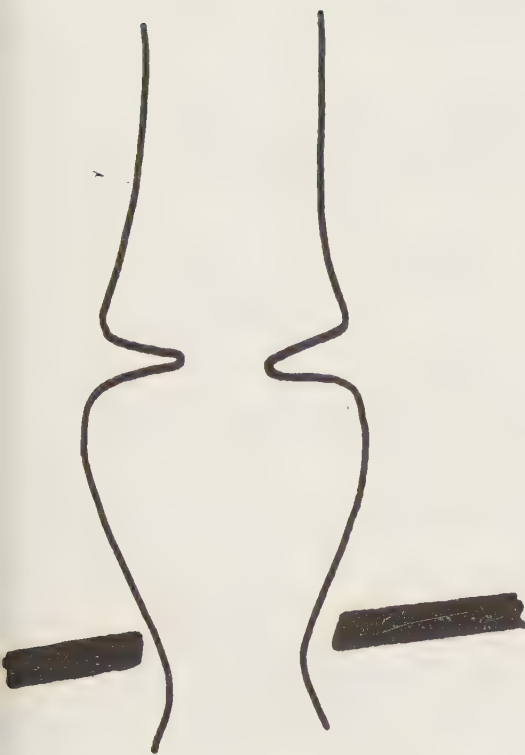
Ils seront bien sur différents selon le type d'anneau, ce qui oblige pour plus de clarté à les traiter au paragraphe "diagnostic" correspondant à chacun de ceux-ci.



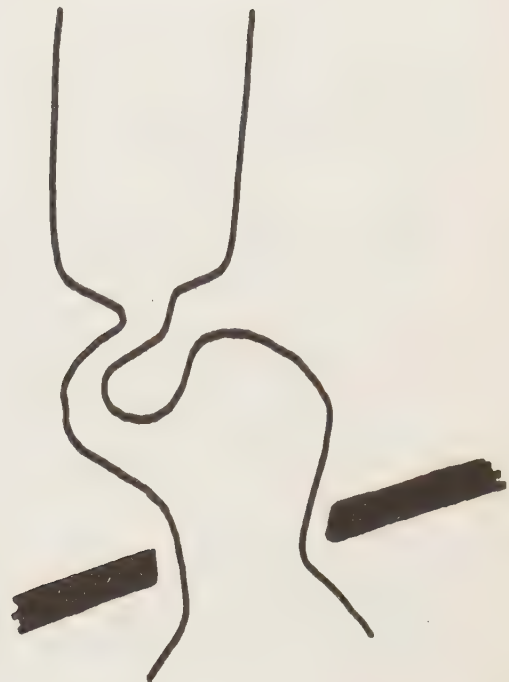
Sténose oesophagienne basse



anneau musculaire



FACE



OBLIQUE

FAUX ASPECT D'ANNEAU DE SCHATZKI (d'après MONGES et DOR)

de face : (ou en OAD légère) Fausse image d'anneau s'interposant entre l'oesophage et une hernie hiatale.

En incidence très oblique, on dégage la hernie hiatale et on précise les rapports exacts de celle-ci avec l'oesophage.

II - L'EXPLORATION ENDOSCOPIQUE -

Si la radiologie est essentielle pour le diagnostic des sténoses oesophagiennes annulaires, l'exploration endoscopique ne l'est pas moins. Inconstamment pratiquée jusqu'à une époque récente, elle n'a d'ailleurs pas à notre avis, pris la place qu'elle mérite.

C'est souvent, en effet, qu'il s'agisse de sténoses peptiques ou de Schatzki, l'endoscopie qui donne la première le diagnostic exact.

Cela s'explique aisément si l'on veut bien considérer que les étapes de l'exploration s'échelonnent souvent ainsi :

- un sujet souffrant d'accès dysphagiques épisodiques, vient consulter parce que les crises se rapprochent.

- une exploration radiologique standard est demandée. A ce stade la possibilité d'anneau n'est pas encore évoquée les manoeuvres tendant à mettre celui-ci en évidence (dont nous avons parlé plus haut) seront rarement utilisées ; souvent alors la sténose annulaire passe inaperçue.

- une exploration endoscopique s'ensuit souvent et permet, enfin, d'établir le diagnostic exact. Si un nouveau bilan radiologique est alors entrepris en fonction de ces données rectifiées, il mettra bien en évidence l'anneau passé inaperçu au départ.

1 - TECHNIQUE -

L'endoscopie par tubes rigides permet un bilan certes satisfaisant, mais la portée de l'examen a été accrue grâce à l'introduction de fibroscopes à vision axiale (en ce qui concerne nos services, OLYMPUS GIF D2 et OLYMPUS GIF K).

Ces nouveaux endoscopes comportent en effet plusieurs avantages :

- plus grande facilité d'emploi, possibilité de pratiquer un examen en routine, sans anesthésie ni préparation spéciale.

- surtout, possibilité d'insufflation du bas oesophage : on obtient ainsi une distension de celui-ci qui permet de mettre en évidence le mieux possible une sténose discrète.

- enfin, possibilité de petites biopsies : la finesse de la pince à biopsie du fibroscope, souvent critiquée, nous paraît ici, au contraire un avantage, car elle permet de pratiquer de petits prélèvements étagés sur la sténose, ainsi qu'au-dessus et au-dessous d'elle, et ceci en toute sécurité, ce que ne permettraient pas (surtout si la muqueuse est fragilisée) des pinces à mors plus larges.

Signalons pour terminer, l'intérêt éventuel que peuvent présenter pour l'exploration de sténoses oesophagiennes serrées, les fibroscopes dits d'enfants (par exemple EFPA) qui ne font que 7 mm de diamètre. Un calibre aussi réduit, permettra, dans certains cas d'anneaux serrés, de franchir la sténose et d'explorer à l'aise le segment oesophagien sous-jacent.

2 - RESULTATS -

On doit tout d'abord se souvenir que, en l'absence d'insufflation, le tube (oesophagoscope ou fibroscope) ne révélera pratiquement que les anneaux de calibre inférieur au sien propre.

Souvent, en cas d'anneau plus large, on ne voit rien : on perçoit tout au plus une certaine résistance, un léger ressaut, qui semblent se situer là où le revêtement muqueux change d'aspect et perd la teinte rouge sombre évocatrice de la muqueuse gastrique.

C'est alors, que si l'on dispose d'un fibroscope, l'insufflation d'air dans l'oesophage inférieur, mettra en distendant celui-ci l'anneau en évidence. Grâce à cet artifice, on révèle et on peut même photographier (voir photos pages 15,24) des strictions invisibles dans les conditions normales d'examen.

Une sténose annulaire serrée, de diamètre égal ou inférieur à quelques mm, se manifestera comme un diaphragme de l'oesophage inférieur, percé d'un orifice qui n'est pas toujours apparent : il est souvent nécessaire de faire inspirer profondément le malade, afin de distendre et de faire apparaître le pertuis qui à l'inspiration est souvent virtuel. Son siège, fréquemment excentré, est souvent postéro-droit.

Pour toutes les sténoses annulaires apparemment acquises de l'oesophage inférieur que nous décrivons, ressortent des constantes endoscopiques.

a) Le bord libre de la striction (au point le plus rétréci de la filière donc) coïncide toujours avec le changement d'aspect du revêtement muqueux, apparemment oesophagien au-dessus de lui, et gastrique, rouge plus sombre, à sa face inférieure et au-dessous de lui. La prise biopsique confirme bien le changement de nature histologique. La muqueuse oesophagienne enfin débordé souvent au-dessous du bord libre de l'anneau, à la façon du glaçage d'un gâteau. Les diaphragmes muqueux congénitaux de l'oesophage, rares, ne présentent pas, quant à eux, ce changement d'aspect au niveau de leur bord libre, puisqu'ils sont uniformément revêtus de muqueuse oesophagienne sur leurs deux faces.

b) On ne constate que très rarement un léger reflux, même dans les strictions qui se confirment ensuite comme correspondant bien à des sténoses peptiques. La muqueuse oesophagienne (sus-jacente) est en général d'aspect normal jusqu'au pertuis. La biopsie seule révélera, dans environ la moitié des cas, des signes inflammatoires alors presque toujours discrets.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe des lésions franches d'oesophagites, moins d'une fois sur dix si l'on se fie à l'ensemble des observations publiées.

On doit d'ailleurs remarquer à ce propos qu'en cas de sténose serrée, il est bien difficile, s'il existe alors une oesophagite, de déterminer quelle part de celle-ci revient à un éventuel reflux et quelle part est due à la stase dans le segment sus-strictural.

c) Enfin, quel que soit le type d'anneau, et si le segment sus-strictural n'est pas dilaté, on constate très souvent la présence de dyskinésies oesophagiennes tertiaires à ce niveau.

Pour terminer, il est à noter que nous n'avons jamais rencontré d'anneaux de la région antrale, mais leur coexistence avec des anneaux du bas oesophage a été décrite dans la littérature.



Photo n° 8 : Bord libre d'un anneau de Schatzki
Jonction oesogastrique

III - L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

Elle est évidemment indispensable au diagnostic. C'est l'analyse des prélèvements étagés effectués sous endoscopie qui permettra de préciser le diagnostic exact d'un anneau muqueux ou tout au moins de l'orienter d'après de fortes probabilités ; selon que la limite des revêtements épithéliaux de type oesophagien et gastrique se trouve sur l'anneau ou non ; que les signes inflammatoires sont discrets ou marqués.

Elle joue un rôle également dans l'orientation pathogénique : c'est elle qui la première a fait supposer aux anneaux de Schatzki une origine oesophagitique en démontrant que, si aucun signe inflammatoire macroscopique n'était apparent à leur niveau, un certain degré d'inflammation était par contre toujours constaté au microscope.

Enfin, une discussion a été soulevée récemment sur la valeur du diagnostic de nature d'un anneau du bas oesophage posé sur de simples biopsies.

Ceux qui élèvent cette objection soutiennent que seul le prélèvement de l'anneau entier, c'est-à-dire en fait une résection chirurgicale allant jusqu'à la musculuse, peut en permettant l'examen de la structure dans son ensemble, autoriser un diagnostic inattaquable.

Cette critique nous paraît tout-à-fait abusive. En effet, une biopsie bien orientée, prélevée à l'endroit adéquat sur le bord libre de l'anneau, permet (voir photo) d'appréhender la constitution globale de celui-ci. Ici elle montre muqueuses oesophagienne et gastrique reposant sur muscularis mucosae et sous-muqueuse avec dans celle-ci quelques faisceaux musculaires lisses, association caractéristique d'un anneau de Schatzki.

Certes, la biopsie est difficile, tant en raison de l'absence d'anesthésie que de la petite taille des mors de la pince qui est associée au tube et de la visibilité latérale médiocre qu'offre celui-ci.

Mais après la découverte d'un anneau en fibroscopie, rien n'empêche de passer quelques jours plus tard, après prémédication et sous anesthésie, un oesophagoscope classique à lumière froide, qui avec son montage d'optiques latérales et de pinces à prélèvement, permettra une biopsie assez large et très précise.

Il nous paraît en effet difficile de réclamer pour s'assurer du diagnostic le prélèvement de l'anneau, alors que l'exérèse chirurgicale de celui-ci est inutile, s'il n'est pas gênant, même lorsqu'il existe une dysphagie, la chirurgie de l'anneau doit toujours être mise en balance avec les dilatations, et ces dernières ont maintenant la préférence de nombreux auteurs.

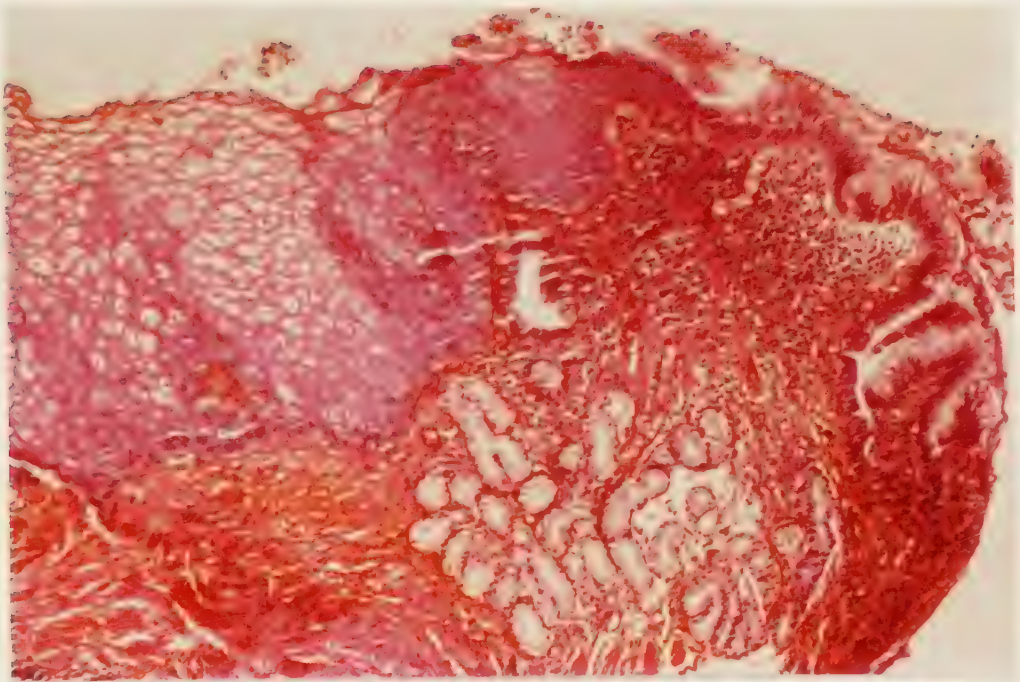


Photo n° 9 - Biopsie du bord libre d'un anneau de Schatzki
(observation n° 9)

- à gauche : muqueuse malpighienne oesophagienne avec cellules ballonnées surmontant un chorion très inflammatoire.
- à droite : muqueuse de type glandulaire gastrique
tubes glandulaires dissociés par des infiltrats inflammatoires et une fibrose.

IV - LA MANOMETRIE OESOPHAGIENNE -

Elle n'est pas très utile ici.

En effet, si la lésion à étudier est quasiment toujours, un anneau purement muqueux, donc un diaphragme de tissu interte dont la présence ne peut être décelée par la manométrie.

Les études entreprises selon différentes techniques (cathéters ouverts ou bloqués) chez des sujets porteurs d'anneaux ne se sont pas révélées très utiles au diagnostic (RINALDO, CAUTHORNE).

Tout au plus ont-elles pu indiquer que les pressions au niveau de zones de haute pression inférieure (abdominale) semblaient

être souvent un peu inférieures à la normale, ce qui évoquerait un défaut de tonicité. Mais de tels résultats n'ont été observés que chez moins de la moitié des sujets, tous les autres présentant des chiffres de pression normaux. Il paraît dans ces conditions bien difficile de dégager fut-ce une indication.

CHAPITRE IV

LES DIFFERENTS TYPES D'ANNEAUX

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années, que, à la suite des premières observations de Schatzki, on a commencé à étudier de façon approfondie (aux Etats-Unis surtout) les strictions annulaires de l'oesophage inférieur.

L'abord d'un chapitre de la pathologie jusqu'alors négligé, voire ignoré par beaucoup, a eu comme corollaire dans les premières années, la publication de trop de commentaires imprécis, confus, voire entachés d'erreurs, et ceci d'autant plus que la forme la plus fréquente, l'anneau muqueux de Schatzki, est d'origine encore très mystérieuse.

Cependant, une classification peut actuellement être dégagée, avec quelques nuances, elle est admise par la plupart des auteurs véritablement au fait de la question.

Tout d'abord, une définition rigoureuse est indispensable :

Le terme d'anneau du bas oesophage ne sera donc retenu que pour désigner des strictions peu étendues en hauteur, totalement circulaires, rétrécissant donc la lumière oesophagienne sur l'ensemble de sa circonférence, mais rarement de façon régulièrement concentrique. Le rétrécissement ainsi localisé est constant et siège à un niveau constant que celui-ci corresponde à une jonction cardio-oesophagienne surplombant une hernie hiatale (cas le plus fréquent) ou à un point quelconque du bas oesophage.

Il n'est pas obligatoire qu'une telle striction soit symptomatique et entraîne une dysphagie pour qu'elle soit reconnue comme anneau du bas oesophage : il suffit qu'elle soit constante aux contrôles radiologiques et endoscopiques.

Cette définition éliminera donc les encoches incomplètes, asymétriques, ces faux, faisant saillie dans la lumière du bas oesophage sur une partie seulement de la circonférence, (presque toujours la moitié gauche) correspondraient le plus souvent à l'aspect normal d'une jonction oesogastrique herniée, visible surtout quand les portions sus et sous-jacentes sont distendues. On devra également éliminer les anneaux mis en évidence radiologiquement mais qu'une endoscopie correcte ne retrouve pas.

La classification la plus intéressante nous paraît alors être la classification morphologique suggérée par GOYAL :

- Anneaux muqueux, se répartissant eux-mêmes en :
 - . Diaphragmes oesophagiens purs (congénitaux)
 - . Anneaux de Schatzki.
- Sténoses peptiques annulaires.
- Anneaux musculaires.
- Sténoses annulaires par lésions diverses.

Les anneaux muqueux représentent la formation de très loin la plus fréquente.

I - LE DIAPHRAGME MUQUEUX OESOPHAGIEN PUR -

Nous appelons ainsi des strictions siégeant sur un bas oesophage normal, où le cardia est en place, et revêtues de muqueuse oesophagienne sur les deux faces.

Ces lésions semblent correspondre pratiquement toujours aux diaphragmes congénitaux ; si l'on est amené à en constater, c'est soit chez le nourrisson, soit chez l'enfant, tout à fait exceptionnellement chez l'adulte.

II - L'ANNEAU MUQUEUX DE SCHATZKI -

De loin la plus fréquente des sténoses annulaires. GOYAL remarque que c'est sans doute aussi la plus fréquente des causes de dysphagie basse, et que, si on ne l'a pas diagnostiquée plus souvent jusqu'à présent, c'est qu'on ne savait pas le rechercher correctement. Le développement actuel de l'endoscopie fait qu'on le repère maintenant plus aisément.

1°) Définition :

C'est une mince crête membraneuse formée de muqueuse, saillant en anneau dans la lumière de l'oesophage inférieur, implanté perpendiculairement à la paroi oesophagienne. Elle siège à la jonction des muqueuses oesophagienne et gastrique et de ce fait est constituée de muqueuse oesophagienne à sa face supérieure, gastrique à sa face inférieure. Elle surmonte presque toujours une petite hernie hiatale, ce qui a incité à donner un rôle à celle-ci dans sa pathogénie.

2°) Fréquence :

KEYTING retrouve la présence d'un anneau de ce type chez 14 % de l'ensemble de ses malades et 12,8 % de ceux souffrant d'affections oesogastroduodénales.

Dans un groupe de 100 sujets asymptomatiques où un contrôle radiologique oesogastrique était demandé à titre systématique, il met en évidence un anneau 14 fois.

HARVEY-JOHNSTON, sur une série de 41 plasties pour hernie hiatale, confirme à l'intervention la présence de 10 anneaux découverts radiologiquement (24 %).

Enfin, le pourcentage d'anneaux entraînant une dysphagie s'établit entre 0,5 et 1 % de l'ensemble des sujets explorés.

Il est évident que les anneaux symptomatiques sont ceux qui présentent le plus d'intérêt pour les O.R.L. et les gastroentérologues qui sont seuls à même de déceler ainsi la cause d'une dysphagie jusqu'alors inexpliquée.

3°) Anatomie pathologique :

L'anneau muqueux dit de Schatzki, siège en principe sur une jonction oesogastrique herniée, la palpation externe de l'oesophage ne révèle rien.

Macroscopiquement, l'aspect est celui d'un diaphragme, souple, lisse, mince, d'épaisseur toujours inférieure à quelques millimètres, et circonscrivant un pertuis résiduel plus ou moins étroit, assez souvent excentré. GOYAL fait remarquer que si l'on examine une pièce qu'on a laissé durcir dans le formol sans l'avoir préalablement dilatée, on ne pourra pas mettre en évidence d'anneau et que ceci explique sans doute pourquoi tant de pathologistes les ignorent.

L'exploration au tube, si le calibre de celui-ci est voisin de l'anneau, a montré que ce dernier est inextensible au-delà d'une limite donnée, ce qui justifie le terme de diaphragme muqueux. L'aspect du revêtement muqueux est oesophagien à la face supérieure, gastrique à la face inférieure.

L'examen microscopique confirme cette impression.

La face supérieure de la striction est revêtue de muqueuse oesophagienne, l'inférieure de muqueuse gastrique. L'accolement des deux se fait en principe au bord libre de l'anneau ; il est complet, normal, sur toute la circonférence, sans interposition de tissu fibreux ni d'ulcération. Parfois on note un peu d'acanthose ou d'hyperkératose sur la muqueuse oesophagienne, près du bord libre de la striction.

Souvent, la muqueuse oesophagienne déborde plus ou moins régulièrement sur la face inférieure de l'anneau (MAC MAHON et SCHATZKI).

Chaque muqueuse est pénétrée par des éléments musculaires lisses, se détachant à angle droit de la musculaire muqueuse, souvent dissociée et plus épais que celle-ci ne l'est habituellement ; mais la composante musculaire reste toujours minime par rapport à l'ensemble de l'anneau, et celui-ci n'est en aucune manière un sphincter, mais reste toujours un diaphragme inerte.

MAC MAHON et SCHATZKI ont constaté, dans leur observation initiale, la présence d'un tel faisceau de fibres musculaires lisses, disposées annulairement près du bord libre de la sténose. Cette description a été récemment interprétée de façon erronée par LORTAT-JACOB et Coll. qui affirment que l'anneau décrit par SCHATZKI est en réalité un épais anneau musculaire.

Le centre de l'anneau de texture assez dissociée, est formé par un tissu conjonctif lâche, riche en vaisseaux et en fibres collagènes et élastiques, avec présence de glandes muqueuses.

Cette structure a donc ceci de remarquable qu'elle est purement muqueuse. Aucune des deux tuniques musculaires n'y participe, pas même l'interne circulaire. Elles passent directement, d'un seul trait, de l'oesophage à l'estomac sans que l'on puisse même noter la moindre modification ou le plus léger épaississement en regard de la lésion.

Enfin, et bien que les descriptions macroscopiques soulignent constamment l'absence de caractère inflammatoire, l'anatomie microscopique par contre montre que le chorion de la muqueuse est souvent légèrement inflammatoire, avec par place, des infiltrats lymphoplasmocytaires, ainsi qu'une réaction fibreuse plus ou moins marquée. Alors que nous avons initialement relevé ces caractéristiques dans la littérature, nous avons pu ensuite les vérifier pleinement sur notre propre matériel (observation n° 9).

La vascularisation de l'anneau, enfin, est éminemment variable, parfois fournie quand s'associe une inflammation nette.

4°) Emplacement de l'anneau :

Il est difficile à préciser car la jonction oesogastrique par rapport à laquelle on doit le situer, est elle-même mal définie. GOYAL, se basant sur l'étude de 9 pièces anatomiques, constate que l'anneau siégerait au niveau de l'insertion inférieure de la membrane phrêno-oesophagienne, là où se trouve le constricteur cardiaque. Les fibres frondiformes les plus hautes du collier d'Helvetius, autre frontière gastro-oesophagienne supposée, sont juste au-dessous du constricteur cardiaque, donc de l'anneau, à gauche. Etant obliques en bas et à droite, elles en sont beaucoup plus éloignées sur le côté droit.

HARVEY JOHNSTON soutient par contre que sur 11 vérifications per-opératoires, l'anneau se trouvait 4 fois seulement à la jonction oesogastrique, et 7 fois dans l'oesophage distal. Mais le segment oesophagien sous-jacent à l'anneau était toujours revêtu de muqueuse gastrique et la jonction des deux muqueuses se situait au bord libre de celui-ci.

JOHNSTON rapporte d'ailleurs à l'appui de ses constatations l'observation de deux malades qui, ayant été opérés de hernie hiatale, conservaient une dysphagie permanente. Un anneau muqueux de type Schatzki bas situé apparaissait à la radio et fut interprété comme un signe de récurrence : or, il n'en était rien, et les anneaux étaient situés sur le bas oesophage.

5°) Manifestations cliniques :

Les manifestations cliniques de l'anneau du bas oesophage s'organisent autour de la triade :

- Dysphagie
- Diaphragme muqueux oesophagien inférieur
- Petite hernie hiatale par glissement.

Ce syndrome s'observe dans les deux sexes, presque exclusivement chez l'adulte. L'analyse des observations de la littérature montre qu'il n'apparaît qu'assez tard dans la vie : environ 95 % des sujets ont plus de 40 ans et 80 % plus de 50 ans. Les premiers signes apparaissent en général à partir de la quarantaine.

La dysphagie est le signe principal : elle reste longtemps isolée et discrète, simple gêne épisodique à la déglutition rapide d'aliments solides (pain, viande). La notion d'intermittence est essentielle : entre les accès, la déglutition redevient normale. L'évolution peut se poursuivre sur ce mode pendant des années, voir des dizaines d'années.

Parfois cependant, surviennent des accidents de blocage complet qui peuvent durer de quelques heures à une journée. Ils se terminent spontanément ou après régurgitation. Parfois la bouchée reste bloquée et impose une oesophagoscopie.

En l'absence de tels épisodes même mineurs qui inquiètent le malade et l'amènent à consulter, l'évolution spontanée va se poursuivre longtemps. L'aggravation est lente comme en témoignent certains malades que Schatzki a suivi plus de 5 ans. Les épisodes dysphagiques se rapprochent, la dysphagie peut devenir continue et toucher même les aliments liquides. Son évolution simule alors celle d'une striction néoplasique.

La dysphagie reste le signe majeur mais peut s'accompagner de douleurs épigastriques modérées ; plus rarement de brûlures rétrosternales, souvent aggravées par la position couchée (20 cas sur 45 de VANSANT) ; enfin, d'hémorragies gastro-intestinales.

Il est à remarquer que si la dysphagie se rencontre lorsque le pertuis résiduel est étroit, les brûlures rétrosternales, sont, d'après VANSANT, le fait d'anneaux larges non dysphagiants (de diamètre 16 à 25 mm). Parfois même les signes d'oesophagite s'atténuent lorsque la dysphagie augmente. Une opinion de plus en plus répandue est que l'anneau protège l'oesophage sus-jacent.

6°) Diagnostic :

Le diagnostic d'un anneau oesophagien inférieur est relativement facile, cliniquement et radiologiquement, si l'hypothèse de striction annulaire fait partie de celles envisagées devant une dysphagie.

Trop souvent il ne sera pas établi, et, pour citer GOYAL, on verra des malades aller de médecin en médecin, porteurs de radios oesophagiennes et parfois de compte rendus d'oesophagoscopies. La nature épisodique de leur dysphagie, de même que le bon état de santé apparent et l'absence d'amaigrissement conduisent parfois à un diagnostic de névrose ou de dysphagie psychogène.

RAMSAY cite un malade qui en arriva au suicide, parce qu'il souffrait d'une dysphagie extrêmement sévère, il ne pouvait se nourrir depuis huit ans que de tisanes d'orge et de gélatine, car la source de son mal n'avait pu être décelée. Il faut donc savoir penser que les anneaux muqueux ne sont pas toujours une curiosité radiologique et tenter de les mettre en évidence devant une dysphagie isolée apparemment inexpliquée.

HARVEY JOHNSTON pense que les anneaux du bas oesophage présentent la forme la plus fréquente de dysphagie intermittente ou épisodique, au moins ajouterons-nous, dans les pays anglo-saxons, car l'incidence semble être plus faible en Europe continentale.

L'examen radiologique est, nous l'avons vu une des clés du diagnostic, qu'il donnera à condition d'avoir été mené selon les règles extrêmement précises édictées plus haut. L'anneau siège en moyenne de 3 à 5,5 cm du diaphragme. Il est d'épaisseur souvent réduite (2 à 4 mm rarement jusqu'à 6 à 7 mm). Il rétrécit le diamètre de la lumière jusqu'à une dimension constante à un moment donné chez un même sujet. Ce diamètre est très variable et va selon SCHATZKI de 3 mm à 40 mm, tous les anneaux au-dessus de 20 mm étant asymptomatiques tandis que ceux au-dessous de 12 mm sont constamment dysphagiants.

En amont de l'anneau, l'oesophage n'est que rarement dilaté, même quand le rétrécissement est serré ; la distention si elle existe, reste faible. La muqueuse oesophagienne reste souple, aucune image pathologique ne se surajoute.

En aval, l'aspect est parfois manifestement celui d'une hernie hiatale. Parfois, cela n'est pas évident, mais il est rare que le segment sous-jacent ne soit pas plus large que le supérieur, marqué par des plis épais et n'évoque pas l'estomac, donnant ainsi à penser que l'anneau siège à la jonction de l'oesophage et d'une petite hernie hiatale plus ou moins tubulaire.

L'endoscopie représente le deuxième pilier du diagnostic, surtout depuis sa généralisation récente. Nous avons vu plus haut ses résultats. Mise à part l'identification de l'anneau, elle aide également à exclure l'oesophagite et d'autres anomalies.

7°) Associations pathologiques :

L'anneau est associé de façon quasi constante à une petite hernie hiatale ; cette association fait même partie de la définition de l'affection, définition un peu excessive aux yeux de GOYAL parce qu'elle implique que la jonction muqueuse oesogastrique corresponde à la jonction entre oesophage et estomac.

En fait, la superposition des cardia muqueux et musculaire est loin semble-t-il, d'être la règle comme l'ont montré des études manométriques en révélant une zone de hautes pressions abdominales au-dessus ou au-dessous de l'anneau. Certains anneaux à la limite des deux muqueuses sont strictement oesophagiens. On peut admettre pour ces derniers une origine inflammatoire et penser qu'ils sont la simple conséquence d'une malposition cardiotubérositaire ; mais doit-on dès lors les

considérer comme un anneau de Schatzki ou une sténose peptique annulaire.

D'autres associations ont été relevées :

- Ulcère duodénal fréquemment (chez 60 % des porteurs d'anneau d'après ECKARDT).
- Ulcère gastrique parfois.
- Achalasie
- Anémie ferriprive.
- Association de diaphragme muqueux oesophagiens plus haut situés.
- Enfin, on a suggéré que des anomalies de la motricité oesophagienne pouvaient accompagner l'anneau.

8°) Complications :

La complication la plus courante (du moins aux USA) est le blocage d'un bol alimentaire au-dessus de l'anneau obstruant totalement l'oesophage. Cette aphagie aiguë fait donc venir le malade en urgence. L'ablation du corps étranger entraîne un soulagement complet.

Si le diagnostic est déjà connu, le simple passage d'une bougie de calibre adapté améliorera presque toujours les troubles existants de façon décisive (GOYAL).

Le plus souvent toutefois, le diagnostic n'est pas encore fait et devant un corps étranger inexpliqué, on doit appliquer la règle de retirer et non pas de pousser. GOYAL cite même des cas où le blocage aigu d'un bol alimentaire dans l'anneau a pu entraîner une perforation oesophagienne.

L'élément responsable semble en être les mouvements de déglutition forcée. Ceux-ci sont alors suivis de l'apparition d'une douleur intense rétrosternale. Un pneumothorax pourrait même se voir parfois.

9°) Evolution au long cours :

Schatzki a suivi pendant plus de 5 ans 66 malades porteurs d'un anneau oesophagien : le diamètre de l'anneau a décru 19 fois, est resté inchangé dans 46 cas, a augmenté 1 fois. Le diamètre a décru chez un quart des malades porteurs d'anneaux asymptomatiques et 1 tiers de ceux porteurs d'anneaux symptomatiques, mais les symptômes n'étaient pas en corrélation directe avec le changement de diamètre de l'anneau ; 4 seulement sur 11 malades porteurs d'anneaux symptomatiques ont constaté une aggravation.

Sur les 36 sujets ne présentant pas de signes cliniques, une dysphagie apparut seulement chez 2 des 8 malades dont l'anneau s'était rétréci et 2 des 27 dont l'anneau était resté de diamètre inchangé.

Il est probable que les habitudes alimentaires et leurs modifications ont leur part dans la symptomatologie.

Jamais on ne constata chez les malades de schatzki de modifications radiologiques évocatrices d'oesophagite.

POSTLETHWAIT et SEALY ont suivi 7 malades porteurs d'anneaux de moins de 13 mm de diamètre pour une durée allant de 9 mois à 6 ans. Chez 3 de ceux-ci, des épisodes dysphagiques apparaissaient seulement en cas de perturbation émotionnelle, chez un seul, la dysphagie devint grave au point d'interdire l'absorption de toute autre alimentation que liquide.

Enfin, nous rappellerons un de nos cas personnels d'anneau de "Schatzki" : un malade porteur d'un anneau asymptomatique est victime d'un accident (chute d'un arbre) qui entraîne des fractures de côtes. Des signes de reflux et d'oesophagite apparaissent alors, imputables sans doute au traitement antipostural nécessité par la gymnastique de rééducation et surtout au stress émotionnel.

Tout cela démontre que, contrairement à ce que pensent certains, un anneau même silencieux doit toujours être pris en considération, et impose au minimum une surveillance. Un anneau symptomatique impose, lui, un traitement.

III - STÉNOSE PEPTIQUE BASSE ANNULAIRE -

L'oesophagite peptique peut entraîner une réaction inflammatoire intense ; la fibrose résiduelle conduit à la formation d'une striction souvent étendue sur plusieurs centimètres.

Parfois, cependant, et presque toujours au niveau du bas oesophage, un très court segment est touché, ce qui aboutit seulement à la formation d'une sténose mince, souple, bien centrée, ressemblant étroitement à un diaphragme muqueux.

1°) Fréquence :

ALLISON relève 17 exemples de ce genre de sténoses parmi 63 cas de ce qu'il appelle "ulcère peptique de l'oesophage". PAULSON rapporte 30 strictions annulaires dont certaines d'ailleurs seraient étiquetées par d'autres "anneaux de Schatzki classique".

La fréquence de telles lésions est d'ailleurs difficile à déterminer pour ce motif : sa ressemblance avec l'anneau muqueux.

GOYAL voit environ 1 malade par an présentant ce type de lésion.

Nous en avons rapporté deux cas.

2°) Anatomie pathologique, emplacement :

Le mécanisme probable d'apparition en sera exposé plus loin, au cours de l'étude pathogénique, mais il faut en rappeler ici les très grandes lignes :

L'attaque de la paroi du tube digestif se porte à son endroit le plus fragile, c'est-à-dire à l'union des deux muqueuses, oesophagienne et gastrique, donc en principe à la jonction oesogastrique. La fragilité de cette jonction semble très accrue si elle est déplacée en position intrathoracique par une petite hernie hiatale.

Le processus inflammatoire attaque alors la paroi et pénètre dans la couche sous-muqueuse de l'oesophage : on a ainsi une ulcération superficielle, avec en profondeur du tissu de granulation et à la périphérie des remaniements de frontière entre les deux types de muqueuse. L'inflammation et la fibrose de la sous-muqueuse s'accroissent, avec des glandes dystrophiques et dilatées de façon pseudokystique. Elles s'étendent également à la musculature muqueuse et la sous-muqueuse avec une intensité variable.

Ce processus d'oesophagite peut rester limité au seul segment jonctionnel, et évoluer de telle sorte que la fibrose, en se rétractant, réduise la lumière de l'oesophage circonférentiellement sur une très faible hauteur : une sténose annulaire est ainsi réalisée. Macroscopiquement, elle simule souvent un Schatzki. Microscopiquement, le diagnostic différentiel entre les deux peut être difficile, mais il est des cas où l'anneau peptique porte la marque de son origine, c'est lorsqu'en un point du bord libre de la sténose, le revêtement muqueux s'interrompt pour faire place à un bloc de fibrose qui correspond sans doute à la zone d'attaque et à l'ulcération initiales. Si une intervention d'exérèse permet d'examiner l'ensemble de l'anneau ainsi prélevé ; souvent en un point, un bloc fibreux qui affleure et interrompt le revêtement muqueux, représente le stigmate de l'attaque peptique initiale.

Il semble qu'un anneau "de Schatzki" cité et illustré par LEGER, MULLER et Coll. (fig.4 et 5 de leur publication) correspond exactement à une telle atteinte sténosante, d'ailleurs importante dans ce cas. Les strictions annulaires siégeant à la limite supérieure d'un endobrachyoesophage font partie à notre avis de cette catégorie, l'aspect en étant similaire et la pathogénie presque certainement identique.

On a voulu voir dans ces strictions annulaires l'image d'un ulcère peptique avec spasme réflexe donnant une image en sablier. Mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'un ulcère a pu être mis en évidence et l'aspect alors réalisé n'est pas vraiment celui d'un anneau.

3°) Clinique :

Une fois la sténose constituée, les malades porteurs de sténose peptique annulaire ne diffèrent en rien de ceux porteurs d'anneaux muqueux.

Une fois sur deux environ, on retrouvera des antécédents évocateurs : une longue période de symptômes de reflux gastrooesophagiens et de douleurs a précédé l'installation de la dysphagie.

Si, lors de la découverte d'un anneau, on constate que le signe antérieur de la dysphagie était des brûlures rétrosternales intenses, le diagnostic s'orientera vers la sténose peptique plutôt que vers l'anneau de Schatzki.

Souvent, le passé peptique est absent, comme le signale J. GAILLARD ; et, chez une de nos malades, seul l'interrogatoire minutieux a retrouvé un très discret syndrome postural ancien.

4°) Diagnostic :

L'anneau de sténose peptique est, en principe, plus épais et asymétrique que l'anneau muqueux.

Il existe presque toujours un certain degré d'oesophagite sus-jacente et l'oesophage a fréquemment, à l'examen radiologique, un aspect tendu.

Il semble enfin qu'on voit souvent ici une dilatation sus-stricturale assez importante, ce qui était le cas chez une de nos malades.

5°) Evolution à terme :

La sténose se resserre souvent progressivement et peut conduire à terme à une dysphagie parfois extrêmement importante.

Il faut alors savoir résister à la tentation de la chirurgie, car les résultats de résection ne sont guère encourageants, et la meilleure solution réside sans doute dans le traitement médical avec bougirage, qui peut obtenir aux moindres risques un rétablissement spectaculaire de malades dans un état parfois dramatique (comme le démontre notre observation n° 3).

IV - L'ANNEAU FIBROMUQUEUX SUR BRACHYOE SOPHAGE OU ENDOBRACHYOE SOPHAGE -

L'endobrachyoesophage se définit comme une anomalie oesophagienne limitée initialement au revêtement muqueux et siégeant sur l'oesophage inférieur. Il est connu depuis longtemps que ce dernier peut être le siège d'ectopies étendues, en plages, de muqueuse glandulaire de type gastrique, sécrétante. Plus récemment, on a pu prouver l'existence au niveau de l'oesophage distal de revêtement muqueux de type gastrique en nappe continue : ce segment est alors le siège de processus inflammatoires d'intensité très variable ; parfois une malposition cardiotubérositaire peut venir aggraver le tableau.

Aussi, l'atteinte portera le plus vite, et avec le maximum d'intensité, sur la zone jonctionnelle des deux muqueuses. On peut donc admettre comme possible, si l'inflammation basse est modérée, la formation dans un contexte clinique discret, d'une sténose en bague limitée au point le plus fragile : la jonction des muqueuses.

L'observation n° 2 apporte l'illustration d'un cas de ce type.

V - LES ANNEAUX MUSCULAIRES -

1°) Définition :

Un anneau musculaire est constitué par des fibres musculaires annulaires et se caractérise radiologiquement par une variation de taille à différents moments du même examen.

Le diagnostic est de ce fait souvent porté dès le stade radiologique.

2°) Fréquence :

Elle semble être moindre que celle des anneaux muqueux si l'on s'en rapporte aux autopsies systématiques.

Les observations d'anneaux musculaires symptomatiques sont très rares.

La plupart des patients sont des enfants ; un seul cas a été rapporté chez l'adulte.

3°) Anatomie pathologique :

Elle a été précisée sur des constatations d'autopsie systématique.

La lésion se présente, à la palpation de l'oesophage, comme une bague de tissu ferme, arrondie, analogue à celle que réalise une sténose du pylore.

A l'ouverture de la pièce, l'hypertrophie musculaire est évidente.

Au microscope, on constate, sous une muqueuse de type oesophagien, la présence de faisceaux musculaires hypertrophiés, séparés par de fines cloisons de tissu fibreux, avec quelques cellules évocatrices d'inflammation chronique.

4°) Emplacement :

L'emplacement le plus fréquent de ces anneaux est à deux centimètres au-dessus de la jonction muqueuse oesogastrique. Leurs deux faces sont recouvertes d'épithélium oesophagien.

Cet emplacement correspond à celui de l'épaississement musculaire annulaire habituellement discret que LERCHE a décrit sous le nom de sphincter oesophagien inférieur.

WOLF et COLL. ont appelé cet épaississement annulaire : "Anneau A" et la jonction oesogastrique muqueuse "Anneau B". Ils pensent que parfois un deuxième anneau musculaire existe aussi en B, mais cela semble faux. Si deux anneaux sont parfois associés, il s'agit d'un anneau musculaire en A et muqueux en B.

S'il y a un semblant d'anneau musculaire en B, il s'agit le plus souvent de fibres du "constrictor cardiae".

En conclusion, l'anneau musculaire vrai, toujours supra-jonctionnel, semble n'être que l'exagération d'un phénomène normal.

5°) Clinique :

Les manifestations cliniques de ces anneaux sont bien plus rares que ne l'impliquerait leur fréquence anatomique ; elles sont identiques à celles de l'anneau muqueux.

6°) Diagnostic :

Sur les radios, ces anneaux sont plus épais, plus étendus en hauteur que les anneaux muqueux ; en radioscopie, à l'inverse des anneaux muqueux, ils apparaissent contractiles, et peuvent disparaître lors de la distension maxima de l'oesophage.

En radiocinéma, les ondes péristaltiques primaires semblent s'arrêter au niveau de l'anneau, et ce point forme l'apex du vestibule qui semble s'emplir et se vider comme une chambre. L'anneau musculaire peut être associé à un anneau muqueux, et paraît-il, apparaît lors de spasmes oesophagiens diffus (WOLF). Cela est peut-être vrai, mais il est souvent difficile alors de le différencier des autres contractions circulaires qui sont présentes dans l'oesophage hyperkinétique de ces malades à différents niveaux (l'oesophage au-dessus d'un anneau muqueux est souvent hyperkinétique, rappelons-le).

7°) Evolution :

La dysphagie peut devenir assez gênante pour imposer un traitement médical (dilatations) ou chirurgical parfois.

VI - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : LES FAUX ANNEAUX -

1°) Strictions annulaires du bas-oesophage d'autres origines : Certaines images d'anneaux oesophagiens irréguliers, assez différents donc des anneaux vrais décrits ci-dessus, posent des problèmes qui ne se résoudront qu'au stade de la chirurgie ou même de l'anatomie pathologique.

On pourra ainsi découvrir :

- Un leiomyome qui se développe habituellement au niveau de la jonction oesogastrique.
- Un névrome : hamartome Schwannien et neuroïde.
- Un anneau cartilagineux.
- Un anneau vasculaire (8° artère intercostale droite aberrante).

2°) Encoches physiologiques :

FRIEDLAND et Coll. (in Thorax, 21, p 487, 1966) ont démontré que les fibres frondiformes du collier d'Helvétius peuvent entraîner la formation d'une crête correspondant à l'angle oesogastrique que l'on voit sur l'examen radiologique. Cette crête, toutefois, ne constitue jamais un anneau complet. C'est simplement une encoche semi-lunaire qui est le plus visible, le plus en saillie sur la paroi gauche. Ces crêtes sont généralement recouvertes de muqueuse gastrique sur leurs deux faces.

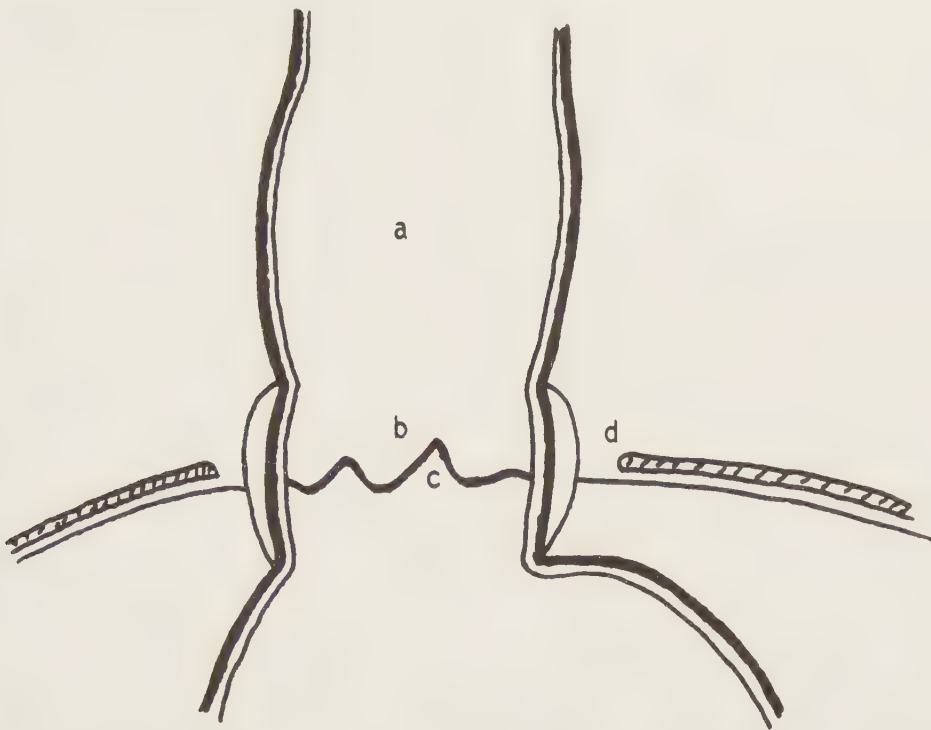
3°) Aspects radiologiques trompeurs :

Nous avons déjà décrit au chapitre radiologique le faux aspect d'anneau que peut donner en incidence frontale ou légère OAD, une petite hernie hiatale lorsqu'existe un télescopage, l'oesophage inférieur contournant et coiffant la hernie.

Les rapports réels entre oesophage et hernie sont rétablis par un examen en incidence très oblique (MONGES, DOR).

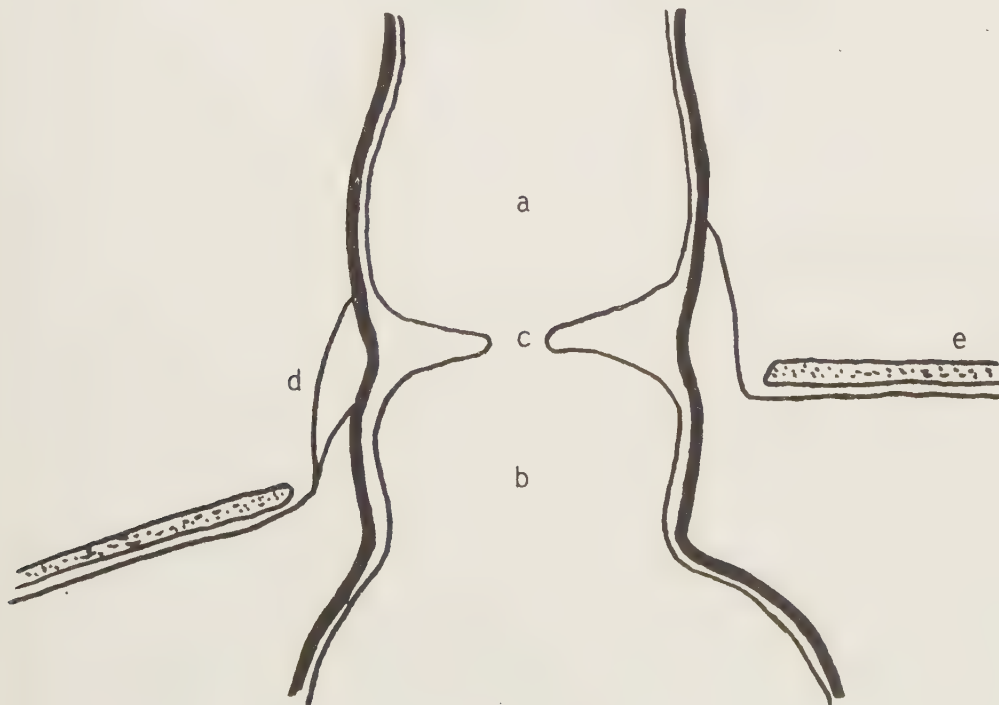
4°) Le cancer et l'ulcère de l'oesophage, ainsi que, dans un autre domaine, les hyperkinésies doivent être mentionnées, mais l'ensemble des caractères cliniques, radiologiques et endoscopiques est en principe évocateur.

=====



LOCALISATION DE LA JONCTION MUQUEUSE OESOGASTRIQUE PAR RAPPORT
AUX AUTRES ELEMENTS DU SEGMENT JONCTIONNEL OESOGASTRIQUE
(d'après SAVARY)

- | | |
|--|---------------------------------|
| a : ampoule épiphrénique | b : vestibule gastrooesophagien |
| c : jonction muqueuse gastro-oesophagienne | d : diaphragme |



ANATOMIE DE LA JONCTION OESOGASTRIQUE DANS L'ASSOCIATION
TYPIQUE ANNEAU DE SCHATZKI - HERNIE HIATALE

- | | |
|---|--------------------|
| a : ampoule épiphrénique | b : hernie hiatale |
| c : jonction oesogastrique constricteur cardiaque et anneau de Schatzki | |
| d : membrane phrénogastrooesophagienne | e : diaphragme |

CHAPITRE V

HYPOTHESES PATHOGENIQUES

Il ne sera bien sûr question ici que des sténoses muqueuses annulaires apparemment acquises de l'oesophage inférieur. Ces sténoses présentent nombre de points communs :

- Survenue constante sur un oesophage présentant une anomalie de la jonction cardio-tubérositaire, au minimum malposition, souvent petite hernie hiatale tubulaire.
- La lésion est un diaphragme mince présentant toujours un certain degré d'inflammation chronique, souvent discret il est vrai. Mais même l'anneau de Schatzki le plus typique peut devenir à la longue sténosant et inextensible.
- Ce rétrécissement est toujours situé à la jonction des muqueuses de type oesophagien et gastrique, quelque soit la hauteur de cette jonction dans l'oesophage.
- On ne constate jamais d'accolement réel des muqueuses constituant les deux faces de l'anneau.
- Les tuniques musculaires ne participent en aucune manière à la constitution de l'anneau qui demeure purement muqueux.

Sur le plan clinique :

- La survenue de l'affection est presque toujours tardive.
- Des éléments inflammatoires majeurs, tant cliniques qu'anatomopathologiques, sont peu fréquents.
- Un reflux net est rarement retrouvé.

Ces points communs incitent à se demander si l'anneau de Schatzki ne représente pas une forme particulière ou initiale de sténose peptique.

C'est effectivement une des théories pathogéniques émises à ce sujet. Les autres hypothèses admettent que l'anneau est constamment situé sur une jonction oesogastrique devenue intra-thoracique en raison d'une hernie hiatale.

1°) Théorie de la plicature :

STIENNON pense que l'oesophage ayant perdu son amarre abdominale à cause de la hernie, se raccourcit par contraction tonique des fibres longitudinales. Seule, la muqueuse ne peut se rétracter et reste à la longueur initiale : elle glisse sur la sous-muqueuse oesophagienne lâche et forme une plicature là où elle bute sur un point fixe, c'est-à-dire où commence la muqueuse gastrique plus solidement amarrée en profondeur. Des troubles moteurs épisodiques, des vagues de contraction venant buter sur la jonction oesogastrique accéléreront le processus.

MONGES remarque que cette hypothèse explique la formation d'anneaux lâches, mais pas celle de diaphragmes sténosants à orifice inextensible. Il est vrai qu'un remaniement scléreux peut intervenir.

Surtout GOYAL objecte que :

- S'il en était ainsi, la simple correction de la hernie hiatale suffirait à faire disparaître l'anneau ;
- D'autre part, les études anatomiques ont démontré que la muqueuse oesophagienne est solidement amarrée aux muscles sous-jacents, au fond des sillons creusés entre les plis muqueux longitudinaux.

2°) Théorie de l'origine congénitale :

WOLF, remarquant le très grand nombre d'anneaux de Schatzki asymptomatiques, suppose qu'ils représentent peut être l'aspect normal d'une jonction oesogastrique distendue par une hernie hiatale. Normalement, on ne peut voir cette jonction, sous-diaphragmatique et comprise dans la zone de haute pression abdominale. En cas de hernie hiatale, la jonction se trouve dans la zone de plus faible pression thoracique : plus ou moins inextensible, elle est alors soulignée par la dilatation des segments sus et sous-jacents.

On peut aussi se demander si le mécanisme de l'affection ne peut être le suivant : Une anomalie congénitale existante de la jonction oesogastrique passe inaperçue tant que celle-ci est en position normale intra-abdominale. Si une hernie hiatale se forme, cette jonction silencieuse cliniquement lorsqu'elle était soumise aux pressions intra-abdominales, va évoluer dans les conditions de pression où elle travaille désormais dans le thorax, s'accentuer et éventuellement entraîner une dysphagie. L'existence d'un petit reflux pourra accélérer l'aggravation des troubles.

Une observation de Schatzki semble plaider dans ce sens : chez une femme enceinte, l'examen mit en évidence une petite hernie hiatale surmontée d'un anneau. Après l'accouchement, la hernie disparut avec l'anneau qui l'accompagnait.

ZAINO a relevé, au cours d'autopsies systématiques, la présence une fois sur dix de replis muqueux à la jonction oesogastrique, qui sont peut être des structures correspondant à l'anneau de Schatzki radiologique.

Enfin la survenue tardive des troubles n'est pas une preuve absolue contre l'origine congénitale.

3°) Prédisposition congénitale :

GOYAL remarque que la jonction des muqueuses oesophagiennes et gastriques est le plus souvent en zig-zag plus ou moins accentué.

Une série de 80 autopsies systématiques lui a montré que la ligne de jonction était en zig-zag 51 fois sur 60, et presque droite 8 fois.

Or, le type de jonction retrouvé chez les sujets porteurs d'anneaux semble être fréquemment linéaire. On peut alors supposer qu'un anneau ne se développera que si cette conformation particulière est présente.

4°) Théorie inflammatoire :

Le principe en est que l'anneau se trouve "à une extrémité du spectre de l'oesophagite peptique". BARRETT assimile ainsi l'anneau à la sténose peptique annulaire.

Cette théorie est celle qui nous paraît la plus réaliste. Elle a cependant été l'objet de nombreuses critiques qui affirment, que l'anneau de Schatzki n'est pas d'origine peptique et constituerait une entité à part, ceci sur les bases suivantes :

- l'absence d'oesophagite franche.
- l'absence de reflux.

Ces arguments nous paraissent sans valeur réelle, ce que nous allons tenter de démontrer :

1. La présence quasi constante de hernie hiatale ou de malposition associée oblige à retenir le rôle possible d'un reflux peptique dans la genèse d'un anneau de Schatzki.

2. Affirmer l'absence de reflux dans la symptomatologie de l'anneau de Schatzki est d'ailleurs une contre vérité : il est bien rare qu'un interrogatoire soigneux ne mette pas en évidence un syndrome postural minime, et un léger reflux intermittent, mais qui va stagner en raison de la fermeture immédiate du cardia (il n'existe aucune antinomie entre spasme et reflux), et de ce fait va être très agressif pour la muqueuse (J. GAILLARD). Il est à remarquer à l'appui de cette idée, que les oesophages d'anneau de Schatzki sont très souvent hyperkinétiques.

3. L'absence du reflux, là où elle existe, peut s'expliquer dans certains cas par la présence de l'anneau lui-même.

VANSANT a noté ainsi que les anneaux les plus larges (diamètre compris entre 16 et 25 mm) les moins dysphagiants, sont ceux qui s'accompagnent le plus fréquemment de reflux. Parfois même les signes d'oesophagite diminuent quand l'anneau se resserre, et que la dysphagie augmente.

4. Les critiques, opposent l'anneau muqueux pur, qui ne s'accompagne pas de reflux, à la malposition isolée, qui s'en accompagne, pour démontrer la nature différente des deux affections. Or, à l'anneau s'associe assez souvent un reflux ; les anomalies de la jonction oesogastrique, elles, n'en sont pas obligatoirement accompagnées.

On ne peut donc baser un raisonnement sur une opposition qui n'existe pas : un cardia endothoracique, une hernie hiatale ne sont pas synonymes obligatoires de reflux cardiooesophagien, nous l'avons dit plus haut : et la continence peut rester préservée jusqu'à ce qu'apparaisse un dérèglement nouveau d'ordre neurovégétatif, achevant d'altérer, sur le plan fonctionnel de la tonicité cette fois, une jonction déjà très perturbée sur le plan anatomique.

Un anneau peut suivre exactement la même évolution, rester silencieux jusqu'au jour où une "agression", le plus souvent neurovégétative, déclenche l'apparition de reflux et d'oesophagite : c'est ce que démontre une de nos observations qui a été détaillée ailleurs.

Enfin, en ce qui concerne l'absence d'oesophagite, il existe pour chaque individu une susceptibilité oesophagienne propre, qui explique que, dans les mêmes conditions, tel oesophage réagira par une oesophagite, tel autre conservera une muqueuse apparemment normale. Cette susceptibilité peut également, comme nous venons de le voir, varier chez un même sujet sous l'influence d'agressions extérieures (J. GAILLARD)

En conclusion :

Nous pensons que la théorie inflammatoire est la plus acceptable pour expliquer la genèse de tous les anneaux muqueux du bas oesophage : Ceux-ci, y compris l'anneau de Schatzki découleraient donc tous d'un processus d'attaque peptique de la jonction des muqueuses de type oesophagien et gastrique, quel que soit le niveau de celle-ci.

Les arguments qui nous paraissent les plus probants en faveur de cette théorie sont :

- la similitude d'ensemble (structure, âge d'apparition, terrain digestif du sujet, etc.) de tous les diaphragmes oesophagiens muqueux mixtes, jonctionnels.

- la présence constante de l'élément inflammatoire, toujours présent microscopiquement s'il ne l'est pas cliniquement.

- l'absence de valeur des arguments contraires : car l'absence de reflux et d'oesophagite, même lorsqu'ils semblent réels, ne démontrent en aucune façon que l'origine de Schatzki ne soit pas peptique.

- Dans le syndrome de Schatzki, la malposition doit être considérée comme aussi importante que l'anneau : celui-ci constitue sans doute, non pas une entité à part, mais une complication peptique particulière du reflux déterminé par une anomalie jonctionnelle, complication qui ne surviendra peut-être qu'en présence de certaines conditions anatomiques favorisant, tel un tracé circulaire linéaire et non pas dentelé de la ligne de jonction des muqueuses oesophagienne et gastrique.

C H A P I T R E V I

T R A I T E M E N T

Une striction annulaire du bas oesophage n'est accompagnée qu'exceptionnellement par des signes autres que la dysphagie. Le problème fondamental posé est donc purement mécanique, et lié à la taille de l'anneau. (+).

Tous les procédés visant à élargir, à dilater celui-ci ont ainsi été retenus et mis en oeuvre avec des succès appréciables. La solution la plus séduisante, parce que apparemment la plus radicale demeurerait cependant l'élimination chirurgicale de la sténose ; elle a donc souvent été tentée et c'est actuellement le procédé à la mode en France, mais les résultats, imprévisibles, comme d'ailleurs ceux de beaucoup d'interventions touchant à la jonction oesogastrique, se sont semble-t-il révélés assez souvent décevants à terme.

Après avoir rappelé les diverses méthodes envisageables, nous montrerons à quel degré les indications divergent en fonction des écoles.

I - METHODES -

A - TRAITEMENT MEDICAL -

C'est un traitement annexe, traitement d'appoint, prescriptions diététiques.

La dysphagie étant liée à la taille de l'anneau, les symptômes pourront très souvent s'atténuer ou disparaître si le sujet mâche soigneusement ses aliments.

Ces remarques ne sont pas négligeables si l'on considère que les anneaux du bas oesophage sont fréquemment responsables aux USA de ce que les Américains appellent "steakhouse syndrom", c'est-à-dire épisode dysphagique aigu par blocage après déglutition d'une bouchée (de viande presque toujours) trop volumineuse et non mastiquée.

On pourra compléter ces règles diététiques en conseillant d'éviter boissons gazeuses ou trop alcoolisées, mets épicés, tabac, ce qui aura un effet bénéfique aussi bien sur un spasme éventuel que sur un élément peptique.

Enfin, différents médicaments peuvent être utilisés dans le même but.

(+) Nous n'envisagerons ici que celui des sténoses muqueuses, celui des anneaux musculaires et des sténoses d'autre nature sera discuté à part à la fin de ce chapitre.

a) Les anesthésiques de contact :

Ce sont les drogues type Mutesa * ou Oesogastryl* qui visent à atténuer l'élément douloureux du syndrome de l'oesophage inférieur. Leur efficacité est indiscutable et leur emploi est très largement répandu.

b) Les anti-inflammatoires :

Seront utilisés assez souvent avec bénéfice, car qu'il s'agisse d'un anneau de Schatzki "vrai" ou d'un syndrome plus ouvertement peptique, l'élément inflammatoire existe toujours, même s'il est infraclinique.

On pourra employer l'Elixir de Collargol à 3 % à prendre avant les repas, en cures discontinues et surtout les injections d'Oxyferriscorbone Sodique et de Vitamine C.

c) Les antihistaminiques :

Ont une action antigastrique assez nette et un effet sédatif non négligeable chez ces malades qui présentent souvent une composante dystonique neurovégétative. Dans le même ordre d'idée, le Dogmatil*, régulateur du cerveau végétatif, sera d'un secours précieux.

d) Les pansements :

Seront mis à contribution, surtout s'il existe des brûlures retro sternales témoignant d'un reflux au-dessus de l'anneau. On a ici le choix entre alcalins, polysaccharides de synthèse, silicones, préparations à base de réglisse.

B - TRAITEMENTS ENDOSCOPIQUES PAR DILATATIONS PROGRESSIVES -

Nous précisons dilatations progressives (par bougies) pour opposer cette méthode à la dilatation brutale visant à rompre l'anneau et qui constitue une technique plutôt chirurgicale.

Le bougirage, méthode relativement inoffensive a acquis progressivement une mauvaise réputation imméritée comme étant inefficace. INGELFINGER et KRAMER, SCHATZKI lui-même, GARY, HELMUS, WILKINS et BARTLETT, l'ont successivement critiqué. GOYAL rapporte ces critiques mais s'inscrit en faux contre elles. Il observe notamment que s'il y a eu des échecs, cela est fort probablement dû à l'emploi de bougies de calibre trop faible pour dilater efficacement l'anneau. Nous ajouterons aux causes d'échec le manque de persévérance : WILKINS et BARTLETT, sur une série de 15 malades porteurs d'anneaux d'un calibre variant de 3 à 11 mm, en ont dilaté 3 (sans préciser lesquels) et conclurent à l'échec du procédé. Mais ils avouent eux-mêmes n'avoir fait pour chaque patient qu'une tentative unique sans jamais utiliser de bougie de diamètre supérieur à 9 mm.

Inversement, CARTER traita avec succès 4 malades par dilatations répétées avec emploi final de bougies d'un diamètre de 18 mm.

La prudence nous a incités à conserver jusqu'à présent pour les dilatations de sténoses annulaires la même technique de dilatations progressives par bougies en gomme que celle que nous utilisons pour les sténoses cicatricielles ou peptiques.

GOYAL fait cependant remarquer que le problème posé par un anneau est très différent des autres situations cliniques où un bougirage est indispensable, et qu'ici la règle de dilatations lentes et progressives ne s'impose pas.

Sa technique est la suivante : chez un sujet présentant un anneau oesophagien inférieur, il passe d'abord une bougie de faible calibre (n° 16 - 5 mm ou n° 18 - 6 mm) pour accoutumer le patient au processus. Il passe ensuite directement à une bougie allant du n° 40 - 13 mm au n° 48 - 16 mm sans utiliser aucune taille intermédiaire. D'après lui, le passage rapide d'une grosse bougie étire ou rompt l'anneau et le dilate ainsi largement d'un seul coup, comme peut le faire le doigt du chirurgien lors d'une intervention. L'élargissement obtenu serait ainsi durable, et il n'y aurait pas besoin de répéter la manoeuvre.

Nous préférons cependant en rester pour l'heure aux dilatations progressives, avec utilisation, la première fois d'une bougie (ou d'une sonde à mercure) de diamètre égal ou de préférence légèrement supérieur à celui de l'anneau. Lors des séances suivantes, espacées d'abord de 3 jours puis d'une semaine, des sondes de calibre croissant seront utilisées, en sautant éventuellement deux degrés de la filière d'un seul coup, si cela est possible, sans que le passage se fasse à frottement trop dur.

Les résultats obtenus, sont constamment satisfaisants, et durables jusqu'à présent.

Un certain nombre d'auteurs américains utilisent d'ailleurs des techniques "rapidement progressives" intermédiaires entre celle de GOYAL et la notre : ainsi POSTLETHWAIT et SEALY ont traité 11 malades en 3 séances espacées au cours d'une semaine, arrivant lors de la dernière à l'utilisation d'une bougie calibre 14 mm, 6, avec pour la plupart des patients un résultat durable jusqu'à 5 ans et plus.

C - METHODES CHIRURGICALES ENDOSCOPIQUES -

Nous appelons ainsi les méthodes assez agressives consistant à entailler le bord de l'anneau ou à faire éclater ce dernier au moyen d'un dilatateur pneumatique.

1. Résection du bord libre de l'anneau :

SOM et WOLF (1960) MENDEL et EVANS (1962) ont entaillé et réséqué en partie le bord libre d'anneaux avec une pince à biopsie oesophagienne, cette méthode, appliquée chez deux malades a donné de bons résultats.

2. Rupture de l'anneau par l'oesophagoscope :

DELMONICO rapporte en 1956 une observation d'anneau qu'il rompit par distension forcée avec son oesophagoscope.

FRIEDMAN fit de même, rompant un anneau sous contrôle de la vue avec un oesophagoscope OLYMPUS.

Mais, comme le remarque GOYAL, ces deux méthodes exigent une habileté hors du commun et ne sont pas exemptes de graves dangers : alors, pourquoi les utiliser quand des techniques plus sûres sont disponibles.

3. Rupture de l'anneau au dilatateur pneumatique :

Ce procédé qui nous paraît assez risqué est préconisé par certains ; GOYAL pense qu'on peut l'utiliser si les dilatations ont échoué, mais il n'en masque pas les dangers, et en particulier le risque de perforation oesophagienne.

Cependant ADAMS a ainsi traité deux malades avec succès, et MOSSBERG a réussi, en maintenant une pression de 10 livres pendant 3 minutes, à faire passer un anneau de 17 à 33 mm de diamètre, avec comme résultat une absence totale de tout signe clinique pendant 3 ans 1/2 et un diamètre de l'anneau maintenu à 21 mm au bout de ce délai.

D - METHODES CHIRURGICALES PAR ABORD EXTERNE :

Les anneaux muqueux du bas oesophage sont toujours - ou presque - associés à une malposition oesocardiotubérositaire - le plus souvent hernie hiatale - qui sans doute détermine leur existence.

L'abord chirurgical aura donc très souvent un double objectif :

- la hernie hiatale,
- la sténose oesophagienne annulaire.

On peut classer les méthodes d'après la voie d'approche utilisée :

1. Voie abdominale :

a) Cure isolée de la hernie hiatale : Pour certains, l'anneau est entièrement secondaire à la hernie : il est donc logique selon eux de ne traiter que celle-ci, ce qui devrait en principe effacer l'anneau. Mais ce postulat est très difficile à vérifier en pratique, car, une fois la jonction oesogastrique remise en place au-dessous du diaphragme, il est très difficile de contrôler si l'anneau est encore présent ou non. JOHNSTON et GRIFFIN, WILKINS et BARTLETT, POSTLETHWAIT et SEALY, pour ne citer qu'eux, remarquent que la cure isolée de la hernie hiatale est suivie presque toujours de la reprise des symptômes et de la réapparition de l'anneau. Il conviendrait donc de traiter celui-ci dans le même temps que la hernie.

b) Cure de la hernie hiatale associée à une dilacération de l'anneau :

C'est la solution la plus nette ; reposition simple du cardia au-dessous du diaphragme, puis, au travers d'une petite gastrotomie, dilacération de l'anneau au doigt ou au moyen d'un endoscope, enfin reposition cardiotubérositaire ou confection d'un manchon gastrique autour de l'oesophage abdominal.

Une telle intervention est séduisante parce qu'elle limite les risques au mieux : abord abdominal, absence d'oesophagotomie. Mais il est malaisé de vérifier si la dilacération de l'anneau a été correcte. Enfin cette méthode n'est pas applicable en cas de brachy ou d'endobrachyoesophage.

2. Voie thoracique :

Il s'agira le plus souvent d'une voie thoracique gauche tracée dans le 7° espace ou dans le lit de la 8° côte. On pourra ainsi effectuer la cure de la hernie hiatale et aborder directement la sténose.

Le choix peut alors se faire entre trois techniques :

a) Section longitudinale de la jonction oesogastrique suivie de suture transversale :

Par cet artifice simple, on élargit le cardia ; mais cet élargissement est souvent trop important et livre alors passage à un reflux gastrooesophagien qui peut déclencher une évolution peptique : celle-ci annihilera en peu de temps les bénéfices acquis par l'intervention. On a prétendu que l'adjonction d'un manchonnage complet à la Nissen pouvait éviter ce risque ; il semble qu'il n'en soit rien.

b) Plastie de la jonction oesogastrique par opération de THAL :

Une oesophagotomie longitudinale à cheval sur la sténose crée une brèche losangique que l'on va combler en appliquant contre elle la face sereuse de la grosse tubérosité. Le principe est séduisant, mais plusieurs auteurs dont MATHIS et SEGAL craignent que les suites lointaines de telles plasties soient défavorables et aboutissent à des sténoses organiques secondaires quasi impossibles à traiter.

c) Résection partielle ou totale de l'anneau muqueux :

La résection totale, que WILKINS et BARTLETT ont été parmi les premiers à préconiser, consiste à aborder la sténose par une incision directe longitudinale tracée à cheval sur la jonction oesogastrique. On excise la totalité de la muqueuse constituant l'anneau ; aucune des tuniques musculaires ne doit être touchée. Les tranches de section des muqueuses oesophagienne et gastrique sont ensuite suturées, et la myotomie longitudinale est fermée longitudinalement.

La résection partielle a été utilisée par de nombreux auteurs tels HOLYOAKE, POSTLETHWAIT et SEALY, SMITH et BRADSHAW ; WILKINS et BARTLETT y ont eu parfois recours. Elle consiste à enlever

des coins triangulaires taillés dans le bord libre de l'anneau, de préférence sur les faces latérales, en laissant subsister la continuité muqueuse en avant et en arrière.

3. Autres techniques :

Citons pour mémoire :

- la vagotomie haute, utilisée par TRINKLE en 1962 dans un cas d'anneau siégeant à 5 cm au-dessus du diaphragme, sans évidence de hernie hiatale associée. Une vagotomie à 7/8 cm de la jonction oesogastrique, jointe à une pyloroplastie, entraîna paraît-il la disparition de l'anneau.

- enfin, la résection oesophagienne segmentaire, qui, si elle a parfois été utilisée (BARRIE, LATREILLE, GROULIER, 1965), doit être formellement éliminée de tout schéma thérapeutique visant une sténose annulaire du bas oesophage : il s'agit en effet d'un procédé drastique, tout-à-fait disproportionné à la lésion à traiter, comme le fait remarquer GOYAL.

II - INDICATIONS -

Il s'agit, même dans les formes où une dysphagie sévère est apparue, d'une affection relativement bénigne, où des mesures limitées pourront entraîner une amélioration décisive. Les indications devront donc être posées avec circonspection.

Les formes asymptomatiques d'anneaux ne posent aucun problème à la plupart des auteurs, car s'il n'existe aucun symptôme, aucun traitement ne semble nécessaire. Cela n'est peut être pas tout à fait exact. Si l'on admet en effet - ce qui semble maintenant démontré - que l'anneau est acquis, sa présence signe probablement l'existence de troubles peptiques dus à une malposition oesocardiotubérositaire. Pourquoi dès lors ne pas considérer un anneau asymptomatique comme un signe avant coureur, d'éventuels troubles plus graves, et ne pas prendre en conséquence quelques précautions. C'est là nous semble-t-il que le traitement médical et particulièrement les précautions diététiques, trouveront toutes leurs indications.

Les formes symptomatiques imposeront des traitements différents selon l'intensité de la dysphagie :

Si la dysphagie est intermittente, survient seulement pour de grosses bouchées, là encore de simples mesures d'hygiène alimentaire, en insistant particulièrement sur la nécessité de n'avaler que de petites bouchées bien mastiquées, suffiront la plupart du temps à effacer les troubles.

Si la dysphagie est plus accentuée, quasi permanente, les mesures diététiques ne suffiront évidemment pas, et c'est alors que l'on envisagera des traitements endoscopiques ou chirurgicaux.

- Le traitement endoscopique par bougirage doit à notre sens venir en premier : il peut obtenir en effet - une amélioration spectaculaire aux moindres frais, quasiment tous les auteurs anglosaxons l'affirment, et nous avons pu le constater nous-mêmes.

Certes, les chirurgiens français, qui commencent actuellement à découvrir les anneaux du bas oesophage (+), ne veulent connaître que les méthodes chirurgicales radicales.

Mais on ne saurait trop rappeler que les chirurgiens américains qui s'occupent de tels cas depuis plus longtemps ont nuancé leurs indications ; nombre d'entre eux, tel VANSANT, utilise comme premier traitement le bougirage et ne recourt à la chirurgie qu'en cas d'échec de celui-ci.

- En ce qui nous concerne, si la seule symptomatologie est dysphagique, s'il n'existe aucun signe inflammatoire local net, nous utilisons d'entrée les dilatations par sonde à mercure.

- Si au contraire, la sténose est serrée, avec une inflammation sus-stricturale franche, due à la stase sus lésionnelle, sans doute plus qu'à un reflux, nous entamons alors le traitement par des dilatations prudentes à la bougie en gomme, effectuées en oesophagoscopie sous contrôle de la vue. Dès que le calibre de l'anneau s'élargit suffisamment, que l'inflammation s'atténue, nous revenons alors à notre technique habituelle recourant aux sondes à mercure.

Il est difficile de décider à quel diamètre s'arrêter. Est-ce lorsque toute symptomatologie a disparu, ou bien faut-il poursuivre, comme le préconise GOYAL entre autres.

Nous pensons que la décision doit reposer sur la durée du répit libre de toute symptomatologie une fois atteint un diamètre apparemment suffisant. Si une rechute dysphagique survient au bout de quelques semaines, voire de 1 à 2 mois, le résultat obtenu est donc précaire et il faut reprendre le cours des dilatations.

Nous raisonnons ici en terme de dilatations progressives. Nous craignons en effet, comme nous l'avons déjà exposé, les techniques de dilatation brutale, ne fut-ce que par le fait qu'il existe toujours un élément inflammatoire surajouté, si discret soit-il, il entraîne, nous semble-t-il une fragilité et un risque accru de déchirure muqueuse large en cas de manoeuvres violentes.

Un traitement médical étoffé (antispasmodiques, pansements, anti-inflammatoires) sera toujours associé aux dilatations, ne fût-ce que pour deux raisons :

. tout d'abord, la dilatation crée un traumatisme générateur d'inflammation réactionnelle qu'il y a intérêt à maîtriser si l'on ne veut pas aller en sens inverse de celui souhaité ;

(+) - à l'exception de DOR & MONGES qui ont contribué dès 1964 à préciser la définition et les signes de ces affections.

. ensuite, l'élargissement rapide d'un anneau peut ouvrir la voie à un reflux gastrooesophagien et à une reprise évolutive peptique sus-stricturale. La survenue de brûleures sternales après le début des dilatations invitera à une surveillance et un traitement médical plus stricts.

Les dilatations oesophagiennes, mieux connues en France par les O.R.L. que par les chirurgiens, doivent donc être considérées, à l'instar de ce qui existe aux U.S.A., comme un des traitements principaux et non comme un traitement d'appoint. Elles permettent d'obtenir ici, aux moindres risques, avec le minimum de désagréments pour le malade, un résultat souvent excellent, presque toujours valable, et enfin durable. Parfois même, elles sont venues au secours d'échecs de la chirurgie, qu'elles ont permis de compenser dans une assez large mesure.

La place de la chirurgie nous paraît encore mal délimitée dans notre pays : notre formation partiellement O.R.L., et le simple bon sens, nous empêchent d'accepter que le seul recours devant un anneau soit chirurgical, ce qui ne veut pas dire que nous méconnaissions le rôle curatif d'une intervention dont l'indication a été bien posée et la technique bien adaptée. Mais nous ne pouvons oublier que l'anatomie de la jonction oesogastrique n'est encore décrite que de manière imprécise (par exemple, y a-t-il un sphincter oesophagien inférieur et où est-il ?) que la connaissance de sa physiologie sont encore plus aléatoires. Dans ces conditions, on ne peut accorder une valeur absolue aux interventions "fonctionnelles" touchant la jonction oesogastrique. Elles sont d'ailleurs parfois grevées d'échecs difficilement prévisibles.

Notre attitude vis-à-vis de la chirurgie sera donc, très prudemment, calquée sur celle des chirurgiens américains (non pas, nous le précisons bien, les radiologues ou les médecins), qui possèdent une grande expérience des sténoses annulaires du bas oesophage, ont publié récemment sur ce sujet :

Une citation de VANSANT nous paraît ainsi constituer une conclusion appropriée :

" Le traitement initial de choix est la dilatation oesophagienne. Si les symptômes persistent, la réparation de la hernie hiatale combinée avec la dilatation de l'anneau est indiquée. Une intervention directe sur l'anneau ne semble pas nécessaire et peut être évitée", d'autant que c'est elle qui peut intempestivement ouvrir la voie à un reflux néfaste.

III - TRAITEMENT DES AUTRES TYPES D'ANNEAUX -

1°) Sténose peptique annulaire -

Nous pensons, nous l'avons dit qu'elle ne peut être distinguée de l'anneau de Schatzki et qu'il s'agit d'une même affection.

Dans les formes où l'élément peptique est net, la prudence

s'impose et le premier traitement mis en oeuvre doit être une série de dilatations par bougies en gomme.

Un abord du défaut jonctionnel pourra suivre ensuite, si l'indication s'en justifie. Plusieurs auteurs opposent la bénignité du "Schatzki" à la gravité relative de la sténose peptique. Cette distinction nous apparaît fausse : nous n'en voulons pour preuve que certaines suites opératoires délicates, d'ordre précisément peptique, de la chirurgie sur "Schatzki" et, qui démontre semble-t-il que c'est bien le même mécanisme qui est en cause.

2°) Anneaux sur brachy et endobrachyoesophage -

L'abord chirurgical est ici extrêmement difficile et aléatoire. On se limitera donc à un traitement médical de fond, et, en ce qui concerne l'anneau, à des séries de dilatations par bougies qui donneront souvent de très bons résultats. (observation n° 2).

3°) Anneaux musculaires -

Le traitement doit être conservateur, tout au moins si l'on en croit comme nous la littérature américaine.

Le bougirage donne ici d'excellents résultats, d'autant qu'il constitue dans ce cas une approche très rationnelle. GROSS, VARGAS, et al., ont fait dans de tels cas des dilatations forcées, après passage d'un guide filiforme.

Un traitement chirurgical a parfois été tenté, sans grand succès semble-t-il. HULINGER a ainsi, tracé une incision longitudinale au travers de l'anneau, jusque dans la lumière oesophagienne, en fermant ensuite l'ouverture transversalement sur sonde. Mais il lui a fallu ultérieurement dilater son malade pendant au moins 9 mois, et il remarque lui-même qu'une simple myotomie n'entamant pas la muqueuse aurait sans doute été suivie d'un meilleur succès.

VARGAS a traité un enfant en associant myotomie et dilatations, de telle sorte qu'il est bien difficile de dire quelle thérapeutique a amené la sédation des symptômes.

4°) Pseudo anneaux -

La constatation d'un anneau irrégulier, ne correspondant donc à aucun des types ci-dessus et ne rappelant non plus aucunement cancer ni ulcère de l'oesophage, peut faire évoquer les quelques causes exceptionnelles (leiomyomes, névromes) que nous avons mentionnées plus haut et justifier de ce fait une exploration chirurgicale .

CONCLUSIONS

La connaissance précise des sténoses annulaires du bas oesophage, et surtout des sténoses muqueuses, est une acquisition récente.

Certes, beaucoup de ces sténoses (de ces "anneaux") restent asymptomatiques et ne sont découvertes que fortuitement. Mais un nombre appréciable d'entre elles se manifestent par une dysphagie intermittente, et l'on s'étonne que le point n'ait pas été fait plus tôt sur de telles affections, puisqu'existe une symptomatologie clinique.

Cette contradiction apparente s'explique par une des raisons techniques :

- Il est difficile de mettre en évidence radiologiquement une sténose annulaire, même relativement serrée, car il faut pour cela une bonne distension oesophagienne, et surtout que le produit de contraste souligne exactement les contours supérieur et inférieur de l'anneau. Des modalités techniques extrêmement précises sont donc nécessaires ; or on pense rarement à les observer si le diagnostic d'anneau n'est pas déjà évoqué.

- Une sténose annulaire peu serrée est parfois difficile à mettre en évidence à l'endoscopie.

La classification des sténoses annulaires oesophagiennes basses reflète mal la réalité, si on ne lui adjoint pas une notion de fréquence :

- Tout d'abord, certaines causes n'ont qu'un intérêt de curiosité : sténoses par leiomyome, neurinome, sténose extrinsèque par arc vasculaire aberrant.

- D'autres formes :

- . Anneau musculaire.

- . Diaphragme muqueux oesophagien congénital.

sont relativement exceptionnelles.

- Les formes de loin les plus fréquentes, donc les plus intéressantes, sont les anneaux muqueux constitués de muqueuse oesophagienne à leur face supérieure et de muqueuse de type gastrique à leur face inférieure.

On rassemble ici :

- . L'anneau dit de Schatzki.
- . Les petites sténoses peptiques annulaires.
- . Et les anneaux qui surmontent parfois un brachy ou un endobrachyoesophage.

C'est ce groupe qui pose des problèmes réels, d'abord par sa fréquence, ensuite par la difficulté des indications thérapeutiques. C'est donc à lui seul que nous nous attacherons maintenant.

Les anneaux muqueux de l'oesophage thoracique sous-aortique présentent de nombreux caractères similaires.

- Survenue constante sur un oesophage présentant une anomalie de la jonction cardio-tubérositaire, au minimum malposition, souvent petite hernie hiatale tubulaire.

- Inflammation chronique toujours présente, dans la structure de l'anneau, bien que souvent discrète. Elle existe toujours, au moins sur le plan histologique, même dans l'anneau de Schatzki le plus asymptomatique.

- Le rétrécissement est toujours situé à la jonction des deux muqueuses oesophagienne et gastrique, quelle que soit la hauteur de cette jonction dans l'oesophage.

- On ne constate jamais d'accolement réel des muqueuses constituant les deux faces de l'anneau.

- Les tuniques musculaires ne participent en aucune manière à la constitution de l'anneau qui demeure purement muqueux.

Sur le plan clinique il en va de même :

- La survenue de l'affection est presque toujours tardive.
- Des éléments inflammatoires majeurs sont rarement présents.
- Un reflux net n'est que rarement retrouvé.

L'ensemble de ces caractères communs à l'anneau de Schatzki, la sténose peptique annulaire et les anneaux sur brachy ou endobrachyoesophage évoque la possibilité d'un facteur pathogénique commun.

Celui-ci paraît être l'attaque oesophagitique d'une jonction muqueuse oesogastrique (quel que soit l'emplacement de celle-ci). Un petit reflux est sans doute en cause le plus souvent.

L'anneau de Schatzki, dont certains veulent faire une entité autonome, nous semble pouvoir être intégré dans ce cadre d'ensemble.

- Sa morphologie et ses symptômes sont parfois identiques à ceux d'une sténose annulaire due à une oesophagite peptique connue.

- Le syndrome d'anneau peut, comme nous l'avons mentionné, évoluer brutalement vers l'oesophagite avec signes cliniques de reflux à l'occasion d'un stress émotionnel, d'une agression de toute nature.

L'élément majeur d'individualité, qui résidait dans la présence de la striction au niveau exact de la jonction anatomique cardio-tubérositaire, est maintenant battu en brèche et des études comme celle d'HARVEY JOHNSTON tendent à démontrer qu'un anneau peut aussi bien survenir sur le bas oesophage et marque seulement la jonction des muqueuses.

Le traitement posera des problèmes très différents selon la nature de la sténose :

- une anomalie extrinsèque sera opérée.
- Un diaphragme congénital sera réséqué.
- un anneau musculaire sera dilaté, ou pour certains, fera l'objet d'une myotomie.

Le traitement des sténoses muqueuses de structure histologique mixte comportera deux volets, médical et chirurgical, dont la part respective est très discutée. Il semble qu'en France le recours à la chirurgie soit à l'heure actuelle trop systématique dans ces affections.

En effet, l'indication logique de la chirurgie nous paraît être ici, comme pour la plupart des auteurs américains, la réduction de la hernie hiatale ou de la malposition.

L'abord chirurgical de l'anneau semble beaucoup plus aléatoire, ce que confirment de nombreux résultats defectueux. Il semble préférable de traiter celui-ci au moins dans un premier stade, par dilata-tions oesophagiennes. Cette technique seule permettra en fait le plus souvent d'obtenir des résultats fonctionnels excellents et durables.

Notre attitude, vis-à-vis des sténoses annulaires muqueuses du bas oesophage, sera donc la suivante :

- Dilatation de l'anneau par bougirage.
- Intervention sur une anomalie de la jonction oesogastrique associée, si toutefois celle-ci est raisonnablement opérable compte tenu de ses caractères propres, de l'âge et du terrain du sujet.

Le 20 décembre 1975,
Le Doyen,

Vu et permis d'imprimer
N° M 2/76
le 7 janvier 1976
Le Doyen,

Le 19 décembre 1975,
Le Président de Thèse,

BIBLIOGRAPHIE

- AGUSTI PEYPOCH J.A. (Barcelone)
Diaphragme oesophagien inférieur (anneau de Schatzki)
Lyon Chirurgical, 65, 2, 305-310, 1969.
- BARRETT N.R. -
Benign strictures in the lower esophagus.
J. Thor. Carciovasc. Surg., 43, 703-715, 1962.
- BARTLETT M.K. and JONES C.M. -
Surgical experience with lower oesophagealring.
AM. Surg., 149, 491-497, 1959.
- BENEDICT E.B. -
Benign stenosis of the esophagus.
Amer. J. Dig. Dis., 6, 570-577, 1961.
- BJÖRK V.O., CHARONIS C.G. -
Lower esophageal web.
Thorax 22 ; 156-164, 1967.
- BLANCHON P., DUPUIS J. et Mme BABOK D. -
L'anneau de Schatzki.
Pr. Med. 76, 11, Suppl. Atlas n° 47, 1968.
- BROMBART M. et HINS C. -
L'anneau oesophagogastrique ou syndrome de Schatzki (étude de 7 cas)
Arch. Mal. App. Dig. 54, 1049-1061, 1965.
- BROOKS J.R. -
Hiatus hernia. The method of repair - comparaison of that done
below the diaphragm with that done above.
New England. J. Med., 266, 233, 1962.
- BUDGEN W.F. -
Lower esophageal web.
Am. J. Surgery 93, 248, 1957.
- BUDGEN W.F. et DELMONICO J.E. -
Lower esophageal web.
J. Thor. Surg., 31, 1-18, 1956.
- CAMERON D.G., TOWNSEND S.R., Mc KAY J.W. -
Dysphagia due to a lower esophageal ring.
Canad. Med. Ass. J. 67, 1049-1050, 1957.
- CARPATHIOS J. -
Lower esophageal (Schatzki's) ring. A report of a symptomatic case.
Arch. Surg. 84, 286-287, 1962.

- CAUTHORNE R.T., VANHOUTTE J.J., DONNER M.W., et al. -
Study of patients with lower esophageal ring by simultaneous
cineradiography and manometry,
Gastroenterology, 49, 632-640, 1965.
- CRORTEAU J.R. and GEDULDIG M.M. -
Roentgenographie appearance of symptomatic lower esophageal rings
after pneumatic dilatation
Am. J. Roentgenol. Rad. Ther. Nuc. Med., 110, 278, 1970.
- DEMONG C.V. and GROW J.B. -
Lower esophageal web, and obscure cause of dysphagia.
AM. SURGEON, 24, 260-266, 1958.
- DESAI D.C., RIDER J.A., PULETTI E.J. et al. -
Lower esophageal ring.
Gastrowit Endosc. 15, 100-105, 1968.
- DETRIE PH., BROUTARD J.Cl. -
Sphincter physiologique de l'oesophage inférieur. Etude chez le
sujet normal et au cours des hernies hiatales; Conséquences chi-
rurgicales.
JOURN. CHIR. 102, 6, 527-534, 1971.
- DUNN A.A., SOM M.L., SCHATZKI R. and AMENDOLA F.H. -
Symposium and panel discussion : the lower esophagus.
New-York State J. Med. 61, 3823-3843, 1961.
- EARL W., WILKINS J.R., MARSHALL K. and BARTLETT M.K. -
Surgical treatment of the lower esophageal ring.
The New Engl. Journ. of Med.
268, 9, 461-463, 1963.
- ECKARDT V., DAGRADI A.E., STEMPIEN S.J. -
The esophagogastric (Schatzki). Ring and Reflux Esophagitis.
The Amer. J. Of Gastroent. 52, 525-530, 1972.
- EDELSON Z.C. and ROSENBLATT M.S. -
Hiatal hernia and lower esophageal.
Ring. Am. J. Surgery, 104, 879, 1962.
- GAILLARD J. -
Les oesophagites par reflux gastro-oesophagien.
Revue Lyonnaise de Méd. 731-740, mai 1959.
- GAILLARD DE COLLOGNY L., LAFAYE M., VANNEUVILLE G., MERCIER P.,
MENES R. -
Une cause rare de dysphagie oesophagienne basse : l'anneau de
Schatzki.
Soc. ORL de Lyon et Reg. Octobre 1972.
- GOYAL R.K., GLANCY J.J., SPIRO H.M. -
Lower esophageal ring.
New engl. J. Med. 282, 1298-1305, 1355-1362, 1970.

- GOYAL R.K., BAUER J.L., SPIRO H.M. -
The nature and location of lower esophageal ring.
The New Engl. J. of MEDIC., V 284, n° 21, 1175-1180, 27 mai 1971.
- HAAG W. -
Die Membranstenosen des oesophagus, Thorax chirurgie,
5, 1 - 12, 1957.
- HAFTER E. -
Was ist der "lower esophageal ring"
Gastroenterologia, 99, 211-224, 1963.
- HAFTER E. -
Der Sogenannte untere Osophagusring.
Deutsche Mediz. Woch., 89, 2338-2342, 1964.
- HANCY A. -
Le syndrome de l'anneau de l'oesophage inférieur.
Thèse Marseille n° 86, 1965.
- HARRIS L.D., KELLY K., KRAMER P. -
Relation of the lower esophageal ring to the esophagogastric
junction.
New. Engl. J. Med. 263, 1232-1235, 1960.
- HAY J.M., FEKETE F., et LORTAT-JACOB J.L. -
Les maladies rares de l'oesophage.
In tumeurs, sténoses et diverticules de l'oesophage.
Rev. Prat. (Paris)
t. 24, 27, 2527-2543 - 11 mai 1974.
- HEITMANN P., WOLF B.S., SOKOL E.M., et al. -
Simultaneous cineradiographic manometric study of the distal
esophagus : small hiatal hernias and rings.
Gastroenterology 50, 737-753, 1966.
- HELMUS C. -
The lower esophageal ring.
Arch. Otolaryng. 71, 614-618, 1960.
- HILL M., KNAUER C.M. -
The management of symptomatic Schatzki ring.
A report of 7 cases.
Gastrointest. Endosc. 21 (3), 116-118, Feb. 1975.
- HILLEMAND P., PATEL J., CORMIER J.M., NOACK H. -
Sténose congénitale de l'oesophage thoracique chez un adulte.
Pr. Med., 72, 31, 1893-1894, 1964.
- HILLEMAND P., PATEL J., CORMIER J.M. -
A propos des rétrécissements du bas oesophage de l'adulte.
Arch. Mal. App. Dig.
54, 254-259, 1965.

HOLYOAKE Y. -

Dysphagia due to the lower esophageal ring.
Clin. Radiol. 14, 158-162, 1963.

HOPKINS W.A. -

Contraction rings of the lower esophagus.
Amer J. Gastroent. 41, 593-599, 1964.

INGELFINGER F.J. & KRAMER P. -

Dysphagia produced by contractile ring in lower esophagus.
Gastro. Enterology 23, 419-430, 1953.

JOHNSTON J.H. Jr and GRIFFIN J.C. Jr. -

Surgical significance of the lower esophageal ring.
Am. Surg. 33, 91, 1967.

JOHNSTON J.H., GRIFFIN J.C. -

Anatomic location of the lower esophageal ring.
Surgery 61, 528-534, 1967.

JUTRAS A., LEVRIER P. et LONGTIN M. -

Etude radiologique de l'oesophage paradiaphragmatique et du cardia.
J. Radiol. Electrol. 30, 373-414, 1949.

KANSHIN N.N., CHERNOUSOV A.F., ARABLINSKII V.M. -

Differential diagnosis of stricture of the terminal region of the
esophagus in hiatal hernia.
Klin. Med. (Moskva) 43, 20-23, 1965.

KENT - TRINKLE J. -

Lower esophageal ring. Surgical management of a case.
Annals of Surgery 155, 207-211, 1962.

KLEINFELDER H. et LONGIN F. -

The lower esophageal ring -
Fortschritte Roentgenestr., 95, 610-623, 1961.

KRAMER P. -

Frequency of the asymptomatic lower esophageal contractile ring.
New England J. Med. 254, 692, 1956.

KRAMER P. and BARTLETT M.K. -

Correspondence on lower esophageal ring.
New England J. Med. 268, 1197, 1963.

LAFAYE J.W., CALIN S.H. and Mac LEAN L.D. -

Lower esophageal ring a case report.
Minnesota Med; 42, 1601-1607, 1959.

LAFAYE M., JARLOT D., TOURNIER C., FERMAUD H., BRUNEAUD D. -

Aspects radiologiques des anneaux du bas oesophage de l'adulte
(en cours de parution).

LAFAYE M., FERMAUD H., BRUNEAUD D., TOURNIER Ch., GAILLARD DE COLLOGNY L. et BERGERON A. -

Les sténoses annulaires muqueuses de l'oesophage thoracique sous-aortique.

J.F. O.R.L. Vol. 24, n° 4, 277-289, avril 1975.

LAFAYE M., VANNEUVILLE G., GAILLARD DE COLLOGNY L., MERCIER R. -

Anneau de Schatzki et sténose peptique annulaire du bas oesophage. (En cours de parution).

LEGER L. -

Les anneaux du bas oesophage.

La Nouvelle Presse Médicale 3, n° 7, 351-352, 16 février 1974.

LEGER L., MULIER H., DE SAINT MAUR P.P. et LEMAIGRE G. -

(Paris et Constantine).

L'anneau oesophagien de Schatzki, signification, étude critique.

La Nouvelle Presse Médicale, t. 3, n° 7, 353-358, 16 février 1974.

LESBRE F.X., CHARLOT J., JOSIPOVICI J.J., MARTOIA R. et CANICAVE J.C.

Les anneaux du bas oesophage sont-ils tous de Schatzki.

Lyon Médical 232, 19, 649-654, 1974.

LORTAT-JACOB J.L., GIULI R., ESTENNE B. et CALMAT A. (Paris).

Signification de l'anneau de Schatzki en pathologie oesophagienne - (+ Société de Chirurgie de Lyon 1.3.73 + discussion : M. JAUBERT DE BEAUJEU, P. MAILLET, G. BRAILLON).

Lyon Chirurgical T 69, n° 4, 248-252, juillet-août 1973.

MAC-LEAN C.D. -

The lower esophageal ring or groove.

Brit. of Radiology 31, 472-476, 1958.

MAC-MAHON H.E., SCHATZKI R. and GARY J.E. -

Pathology of a lower esophageal ring ; report of a case, with autopsy, observed for 9 years.

New England J. Med. 259, 1-8, 1958.

MATHIS P., SEGAL S., DIOT J. -

Réalité, signification et traitement de l'anneau de Schatzki - Chirurgie, 100 (3), 214-219, 13-20, fév. 1974.

MENDL K. and EVANS C.J. -

Incomplete lower esophageal diaphragm.

Brit. J. Radiol. , 35, 165-171, 1962.

MILLER D.W. Jr and WICHERN W.A. Jr -

Lower esophageal Rings, Webs and annular strictures - Ann. Thorac. Surg. 6, 401, 1968.

MONGES H., DOR J., PAYAN H., MONGES A., HANCY A. -

Considérations sur l'image radiologique d'anneau de l'oesophage inférieur (lower esophageal ring) et son interprétation.

Arch. Mal. App. Dig. 53, 1291-1302, 1964.

- MONGES H., REBOUD E., HANCY A., CHAMLIAN A. -
Le diaphragme muqueux de l'oesophage inférieur (anneau de Schatzki).
Rapport de 2 cas opérés : étude anatomique de la lésion.
Arch. Mal. App. Dig. 55, 4, 277-288, 1966.
- MONTI M., FASEL J., SAVARY M. -
Le problème histologique des hétérotopies épithéliales étendues du
bas oesophage.
Ann. Oto-Laryng. (Paris) t. 86, n° 6, 380-385 (Congrès de la
Société de Broncho-Oesophagologie, mai 1968) Juin 1969.
- MOSSBERG S.M. -
Lower esophageal ring treated by pneumatic dilatation.
Gastroenterology 48, 118, 1965.
- MOUNIER - KUHN P., GAILLARD J. -
La pathologie du reflux gastrooesophagien.
Oesophagites et sténoses peptiques.
Rapport Soc. Fr. ORL; Lib. Arnette 1965.
- MOUNIER - KUHN P., GAILLARD J., LAFON H., MORGON A., HAGUENAUER J.P. -
Oesophagites et architecture muqueuse -
J.F. ORL XVII, n° 9, 721-729, nov. 1968.
- MUSTARD R.A. -
The esophagogastric junction.
Am. J. Surg. 118, 377-383, 1969.
- NORTON R.A., KING G.D. -
"Steakhouse Syndrom" The symptomatic lower esophageal ring.
Lahey clinic Found Bull 13, 55-59, 1963.
- PAULSON D.L. -
Benign stricture of the esophagus secondary to gastro-esophageal
reflux.
Annals of Surgery, 1, 165, 93, 765-779, May 1967.
- PERA BLANCO - MORALES C., ALCALA LOPEZ BARAZAS A. -
El anillo contractil del esofago hiatal. Revista espanola de las
enfermedades del aparato digestive y de la nutrition.
XVIII, 54, 1964.
- PIZON P. -
Le sphincter oesophagien inférieur.
Pres. Med. 76, 48, 2310, 7 décembre 1968.
- POPPEL M.H., LENTINO W., ZAINO C., JACOBSON H. -
Closing mechanism of lower esophagus in man.
Radiological study of five hundred unselected Patients.
J. A. M. A. 196-198, 19 mai 1956.
- POSTLETHWAIT R.W. and WENDELL MUSSER A. -
Pathology of lower esophageal web.
Surg. Gyn. and Obst. 120, 571-575, 1965.

POSTLETHWAIT R.W. and SCALY W.C. -

Experience with the treatment of 59 patients with lower esophageal.
Web. Ann. Surg. 165; 786, 1967.

RINALDO J.A. -

The lower esophageal ring.
Gastroenterology 51, 1093-1094, 1966.

RINALDO J.A., GAHAGAN T. -

The narrow lower esophageal ring ; pathogenesis and physiology.
Amer. J. Dig. Dis. 11, 257-265, 1966.

ROSE J.S., KASSNER E.G., JURGENS K.H. et al. -

Congenital esophageal strictures due to a cartilagenous ring.
Brit. J. Radiol. 48 (565), 16-18, janv. 1975.

SANOWSKI R.A. and RIEGEL Norman -

Pneumatic dilatation of lower esophageal ring.
Am. J. Dig. Dis., 15, 407, 1970.

SAVARY M. -

La jonction muqueuse gastrooesophagienne. Aspect endoscopique
normal et pathologique.
Ann. Oto-Laryng. (Paris) t. 86, n° 6, 373-379, (Congrès de la
Société de Broncho-Oesophagologie Mai 1968). Juin 1969.

SCHATZKI R. and GARY J.E. -

Dysphagia due to a diaphragm like localised narrowing in the
lower esophagus (lower esophageal ring).
Amer J. Roentgenol, 70, 911-922, 1953.

SCHATZKI R. and GARY J.E. -

The lower esophageal ring.
Amer J. Roentgenol, 75, 246-261, 1956.

SCHATZKI R. -

The lower esophageal ring. Long term follow up of symptomatic and
asymptomatic rings.
Am. J. Roentgenol, 90, n° 4, 805-810, 1963.

SEALY W.C., YOUNG W.G. Jr and DURHAN N.C. -

Schatzki's ring or lower esophageal web : A semantic and surgical
enigma.
J. Thorac; Cardio. Surg. 47, 143-149, 1964.

SHAMMA'A M.H. and BENEDICT E.B. -

Esophageal webs : A report of fifty eight cases and an attempt at
classification.
New England J. Med., 259, 378-384.1958

SKINNER D.B. and BELSEY H.R. -

Surgical management of esophage reflux and hiatus hernia.
Long term results with 1030 patients.
J. Thoracic & cardiovasc. Surg. 53, 33, 1967.

- SMITH L.C. and BRADSHAW H.H. -
Esophageal hiatal hernia.
Surg. Gyn. and Obst. 109, 230-234, 1959.
- SOM M.L., WOLF B.S., MARSHAK R.H. -
Narrow esophagogastric ring treated endoscopically Gastroenterology.
39, 634-638, 1960.
- SPENCER, HAMMER and WIERMAN -
Lower esophageal ring - report of fourteen cases.
Am. Surgeon, 25, 20-24, 1959.
- STAUFFER H.M., BONAKDAR-POUR A., WOLOSHIM H.J. -
Brief massive spasm of distal esophagus greatly increasing gastric
herniation documented cineradiographically in a patient with lower
esophageal ring.
Gastroenterology 38, 637-640, 1960.
- STIENNON O.A. -
The anatomic basis for the lower esophageal contraction ring.
Plication theory and its applications.
Amer J. Roentgenol 90, 811-822, 1963.
- TEMPLETON F.E. -
X-Ray examination of the stomach ; a description of the roentgenologic
anatomy, physiology and pathology of the esophagus, stomach and
duodenum.
University of Chicago press, Chicago 106-112, 1944.
- TRINKLE J.K. -
Lower esophageal ring : surgical management of a case.
Ann. Surg. 155, 207-211, 1962.
- VAN FLEIT W.E. and ABBOT O.A. -
The management of esophageal hiatal hernia complicated by a lower
esophageal ring.
Amer Surg. 25, 670-673, 1963.
- VANSANT J.H. -
Surgical significance of the lower esophageal ring.
Ann. Surg. 175, 733-739, 1972.
- WILKINS E.W. and BARTLETT M.K. -
Surgical treatment of the lower esophageal ring.
New England J. Med. 268, 461-464, 1963.
- WOLF B.S., HEITTMANN P. and COHEN B.R. -
The inferior esophageal sphincter, the manometric high pressure
zone and hiatal incompetence.
Amer J. Roentgenol, 103, 2, 251-276, 1968.

Photographies : RANCHOUX
63 . CHAMALIERES

= Laboratoires : LA BOBINE
= 69 . LYON
=

